

第41回日本精神科診断学会

41ST CONGRESS OF JAPANESE SOCIETY FOR PSYCHIATRIC DIAGNOSIS

NEXT GENERATIONに つなぐ精神科診断学

会長 KAZUTAKA SHIMODA

下田 和孝 [獨協医科大学精神神経医学講座 主任教授]

副会長 NORIO FURUKORI

古郡 規雄 [獨協医科大学精神神経医学講座 准教授]

会期 CONGRESS DATE

2022
9月9日^金.10日^土

ZOOMによる
完全WEB開催

プログラム
抄録集



患者様の想いを見つめて、 薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。
病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。
病気を見つめるだけでなく、想いを見つめて、薬は生まれる。
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ



第41回日本精神科診断学会

The 41th congress of Japanese Society for Psychiatric Diagnosis

テーマ

NEXT GENERATIONにつなぐ精神科診断学

プログラム・抄録集

会期

Zoomによる完全WEB開催

2022年9月9日(金)・10日(土)

会長

下田 和孝

獨協医科大学 精神神経医学講座 主任教授

学会事務局

獨協医科大学 精神神経医学講座

〒321-0293 栃木県下都賀郡壬生町北小林880

TEL : 0282-86-1111

ご挨拶



第41回日本精神科診断学会 会長

下田 和孝 (獨協医科大学精神神経医学講座 主任教授)

第41回日本精神科診断学会・大会長を拝命いたしました獨協医科大学精神神経医学講座の下田和孝です。歴史ある本学会の年会の開催をさせていただくことになり、副大会長・古郡規雄(獨協医科大学精神神経医学講座・准教授)ともども身の引き締まる思いです。

本学会は1981年にDSM-IIIの臨床試行グループが結成され、さらに同年文部省総合班研究(A)「DSM-III診断基準の適用とその問題点の検討」が共同研究組織として発足し、日本における精神医学の国際診断基準に関する研究会として本会の前身である「精神科国際診断基準研究会」が設立されました。私が最初にこの学会に参加したのは1985年11月2日に京都会館会議場で開催された第5回精神科国際診断基準研究会でした。この40年間の間にDSMでいえばDSM-III → DSM-III-R → DSM-IV → DSM-IV-TR → DSM-5という改訂を私自身もみてきたわけで、疾患の概念や捉え方も随分変わってきたところもあります。次世代の更なる精神科診断学の次世代に向けての進化・変革を見据えて、第41回年会のテーマは「Next generationにつなぐ精神科診断学」といたしました。

村井俊哉教授にご担当いただいた第40回年会が新型コロナウイルス感染拡大の影響から、その会期が2020年9月から6か月延期した2021年3月6日(土)・7日(日)に変更されたことを受け、第41回年会については当初2021年9月開催予定であったものを1年延期した2022年9月9日(金)・10日(土)とさせていただきます。

2021年夏の時点では「栃木県宇都宮市でのonsiteでの開催を中心にすすめ、場合によってはfull web」と考えておりましたが、昨今の新型コロナウイルス感染拡大の状況に鑑みますと、on-site開催というのは困難であると考え、ZOOMによるfull webにて開催することといたしました。プログラムとしては特別講演1企画、理事長講演1企画、教育講演6企画、シンポジウム6企画、一般演題25演題、ランチタイムセミナー7企画を用意しております。

当初の予定では9月9日に神保 彰氏(ex Casiopea)を招聘して宇都宮東武ホテルグランデにて懇親会を開催する予定でしたが、full web開催となりましたので、神保 彰氏にstudio live動画を作成いただき、学会前日の2022年9月8日から9月17日まで一般公開いたします。

NEXT GENERATIONにつなぐために重要な教育コンテンツ満載です。Full web開催であるという機会をとらえて皆さま、活発なご議論をお願いいたします。

第41回日本精神科診断学会 日程表

1日目 9月9日金

	オンライン配信会場1	オンライン配信会場2	オンライン配信会場3	オンライン配信会場4
9:00	8:50-8:55 開会式 8:55-9:55 教育講演 1 「診断エラーはなぜ起こるのか？」 座長：金沢 徹文 演者：志水 太郎		9:00-10:00 一般演題 1 座長：菅原 典夫	
10:00		10:00-11:00 特別講演 「ICD-11「精神、行動又は神経発達の疾患群」の分類と診断要件について」 座長：下田 和孝 演者：神庭 重信		10:10-11:10 一般演題 2 座長：金沢 徹文
11:00	11:00-12:00 教育講演 2 「主治医の見過ごし・勘違い～より正しい診断や適切な治療に近づくために出来ること～」 座長：上野 修一 演者：内田 裕之			
12:00	12:05-12:45 One-man orchestra Special Studio Live 神保 彰	12:00-13:00 ランチタイムセミナー 1 座長：尾関 祐二 演者：金沢 徹文 共催：Meiji Seika ファルマ(株)	12:00-13:00 ランチタイムセミナー 2 座長：下田 和孝 演者：井上 猛 共催：武田薬品工業(株)	12:00-13:00 ランチタイムセミナー 3 座長：古郡 規雄 演者：内田 裕之 共催：吉富薬品(株)
13:00	13:10-13:25 学会総会			
14:00	13:25-14:25 教育講演 3 「脳神経内科医からみた精神神経症状 -神経疾患との関わりを含めた考察」 座長：矢部 博興 演者：鈴木 圭輔		13:45-15:45 シンポジウム 1 「精神科診断に一石を投じる生物学的精神医学の現在」 座長：神庭 重信 橋本 亮太 演者：根本 清貴 小池 進介 三浦 健一郎 古郡 規雄 橋本 亮太	
15:00		14:35-15:35 教育講演 4 「児童思春期のうつ・不安症状の評価」 座長：近藤 毅 演者：宇佐美 政英		
16:00	15:45-17:45 シンポジウム 2 「診断されにくい向精神薬の副作用」 座長：堀 輝 嶽北 佳輝 演者：鈴木 雄太郎 嶽北 佳輝 三浦 至 竹内 啓善 堀 輝			15:45-17:45 シンポジウム 3 「精神科診断学を再考する」 座長：村井 俊哉 演者：尾関 祐二 松崎 朝樹 松丸 啓子 諏訪 太朗
18:00				

第41回日本精神科診断学会 日程表

2日目 9月10日(土)

	オンライン配信会場1	オンライン配信会場2	オンライン配信会場3	オンライン配信会場4
9:00	9:00-11:00 シンポジウム 4 「周産期メンタルヘルスにおける精神科診断を考える」 座長：北村 俊則 鈴木 利人 演者：鈴木 利人 羽田 彩子 北村 俊則 竹形 みずき 竹内 崇		9:00-10:00 一般演題 3 座長：尾関 祐二	
10:00				10:10-11:20 一般演題 4 座長：須田 史朗
11:00		11:05-11:55 理事長講演 「精神科診断学の基本」 座長：鈴木 道雄 演者：村井 俊哉		
12:00	12:00-13:00 ランチタイムセミナー 4 座長：白波瀬 文一郎 演者：池田 暁史 共催：日本ベーリンガーインゲルハイム(株) 医薬開発本部	12:00-13:00 ランチタイムセミナー 5 座長：近藤 毅 演者：菊地 俊暁 共催：大塚製薬(株)	12:00-13:00 ランチタイムセミナー 6 座長：村井 俊哉 演者：尾崎 紀夫 共催：住友ファーマ(株)	12:00-13:00 ランチタイムセミナー 7 座長：下田 和孝 演者：田邊 昇 共催：エーザイ(株)
13:00		13:30-14:30 教育講演 5 「現代精神科診断学の基礎知識」 座長：染矢 俊幸 演者：北村 俊則		13:30-14:30 教育講演 6 「純粹精神医学の思想 精神医学における疾患とはー精神障害の分類と診断についてー」 座長：村井 俊哉 演者：古茶 大樹
14:00				
15:00	14:30-16:30 シンポジウム 5 「NEXT GENERATIONにどうDSMを伝えていくべきか：その重要性和限界を踏まえて」 座長：塩入 俊樹 下田 和孝 演者：塩入 俊樹 伊賀 淳一 尾関 祐二 藤井 久彌子		14:30-16:30 シンポジウム 6 「ICD-11における高次脳機能障害の位置づけ」 座長：三村 将 村井 俊哉 演者：深津 玲子 上田 敬太 村松 太郎 鈴木 航太	
16:00	16:30-16:40 閉会式			
17:00				
18:00				

参加者へのお知らせ

1. 当日の入室方法

1)

事前登録をされた方へは、当日入室リンクを事前にお送りしております。
入室リンクよりご視聴ください。

参加費

	事前参加	当日参加
医 師	3,000円	5,000円
非会員(医師)	5,000円	5,000円
医師以外の会員・コメディカル・学生 ※1	1,000円	1,000円

※1…学生の方は、参加登録の際に学生証を登録いただく必要がございます。

なお、医師免許を持つ大学院生は医師のカテゴリーに含まれます。

①参加登録をしてログインIDとパスワードをお受取りください。

②以下の専用HP(オンライン大会ページ)へアクセスして、ログインID・パスワードをご入力ください。

<https://online-conference.jp/jspd41>

ログインID：参加登録時のメールアドレス

パスワード：参加登録時にお決めいただいたパスワード

③オンライン大会ページはGoogle Chrome, Microsoft Edge, Safari, Firefoxの最新版のブラウザ(2022年8月時点)で動作確認をしております。

※Internet Explorerではご利用いただけません。上記のブラウザをご利用ください。

※ご入金をお済ませいただいたにもかかわらず、参加登録時に入力いただいたメールアドレスと、ご自身で設定いたしましたパスワードでログインできない場合はご連絡ください。

※IDとパスワードは申込情報に紐づいており、ご本人専用です。複数名でのご利用は禁止させていただきます。同一のPCから別の方が参加される場合は、一度ログアウトして頂き、改めてご自身のIDとパスワードでログインしてください。

※操作せずに長時間放置するとログアウト状態となります。お手数ですが、再度ログインをお願いします。

2) プログラム集

日本精神科診断学会会員、本大会の演者、座長、一般演題発表者、協賛企業の方へは、事前に郵送しております。

3) 単位

◆日本精神神経学会専門医更新単位 B群

※WEB研修会として単位付与対象となる予定です。従来の会場における日本精神神経学会ポイントカード提示方式ではなく、オンラインでのZoom視聴登録時に氏名および日本精神神経学会 会員番号を入力頂き、下記の対象となるセッションのいずれかを聴講して頂く事で単位申請対象となります。

付与単位数：3単位

対象セッション

- **特別講演**
「ICD-11「精神、行動又は神経発達の疾患群」の分類と診断要件について」
9月9日(金) 10:00~11:00
演者: 神庭 重信(飯田病院/日本うつ病センター/九州大学)
- **理事長講演**
「精神科診断学の基本」
9月10日(土) 11:05~11:55
演者: 村井 俊哉(京都大学大学院 医学研究科・精神医学)
- **教育講演 1**
「診断エラーはなぜ起こるのか?」
9月9日(金) 8:55~9:55
演者: 志水 太郎(獨協医科大学 総合診療医学)
- **教育講演 2**
「主治医の見過ごし・勘違い~より正しい診断や適切な治療に近づくために出来ること~」
9月9日(金) 11:00~12:00
演者: 内田 裕之(慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室)
- **教育講演 3**
「脳神経内科医からみた精神神経症状・神経疾患との関わりを含めた考察」
9月9日(金) 13:25~14:25
演者: 鈴木 圭輔(獨協医科大学 内科学(神経))
- **教育講演 4**
「児童思春期のうつ・不安症状の評価」
9月9日(金) 14:35~15:35
演者: 宇佐美 政英(国立国際医療研究センター 国府台病院)
- **教育講演 5**
「現代精神科診断学の基礎知識」
9月10日(土) 13:30~14:30
演者: 北村 俊則(北村メンタルヘルス研究所)
- **教育講演 6**
「純粹精神医学の思想 精神医学における疾患とは 一精神障害の分類と診断について一」
9月10日(土) 13:30~14:30
演者: 古茶 大樹(聖マリアンナ医科大学 神経精神科)

2. 質疑をされる皆様へ

Zoom WebinarのQ&A機能にて、質疑応答を行います。

3. 配信中のご注意

リアルタイム配信、講演スライド等の録画・録音・撮影・印刷や画面をスクリーンショット等でキャプチャーする行為は一切禁止します。また、無断転用・複製も一切禁止します。

Zoom WebinarのQ&Aをご使用の場合は、ご所属とお名前を入力の上、ご質問いただきます。Q&A等を使用した誹謗中傷は一切禁止します。

Q&Aは、運営事務局側で記録を残しています。

座長・発表者へのお知らせとお願い

1. Zoomでの発表に関する諸注意

はじめに

- 本大会はオンライン会議システム「Zoom」を使用しライブ配信いたします。
- インターネット環境は、無線Wifiではなく有線LAN環境を推奨いたします。
- カメラ付きPCをご準備ください。
- 外部の音を防いだり、音質トラブルを避ける為に、マイク付きイヤホンやヘッドセットを推奨いたします。
- 使用するPCのZoomは最新版に更新されているかご確認ください(定期的にアップデートされます)。

リハーサルについて

- 会期前(9月8日予定)に接続確認を行い、操作方法や流れを確認いたします。
詳細は別途ご案内いたします。可能な限り当日参加される環境からの入室をお願いいたします。当日の発表環境と異なる場合は、その旨運営進行スタッフにお申し出ください。

当日の進行について

- Zoomウェビナー(もしくはZoomミーティング)システムを使用し、リアルタイムで配信いたします。
- 各セッションの30分前を目途に、ホスト(運営事務局)側でZoom Webinarを立ち上げます。
- 招待メールよりZoomに接続していただくと、パネリストとして参加ができます。
※Zoom Webinarでは、映像と音声の発信ができる方をパネリスト、聴講のみ(映像と音声の共有不可)の方を聴講者と呼んでいます。
- ZoomウェビナーのURL等、詳細につきましては、個別にメールにてご案内いたします。
※オンライン大会ページの視聴ボタンは聴講専用になりますので、ご登壇の際は必ず個別にお送りした専用URLよりアクセスしてください。
- ご利用のメールソフトによっては、迷惑メールに誤ってフィルタリングされている場合がございます。お手元に届かない場合はご確認ください。
- カメラ、マイク、イヤホンをご準備いただき、PCに接続した状態でご入室ください。
- 当日はご担当セッション開始30分前には専用URLよりアクセスし待機してください。
セッションの開始前に、事前の最終確認として簡単な操作方法の説明と打ち合わせを行います。打ち合わせ終了後、開始時刻まで待機ください。
- 開始時刻になりましたら、運営事務局より開始のアナウンスをさせていただきます。
- 質疑応答については、Q&A機能にて行います。座長より質問を選定いただき、音声で発表者へ質疑応答をしてください。

2. 座長の皆様へ

- 必ず、担当プログラム開始の30分前までに、当日入室リンクより接続ください。
各セッションの進行を一任いたします。全体プログラムの進行の都合がありますので、時間厳守をお願いいたします。
- シンポジウムは、各座長(オーガナイザー)により、あらかじめ発表時間が指定されています。
- 一般演題(口演)の発表時間は下記の「3. 口演発表の皆様へ」に記載のとおりです。
- 発表者の先生方には予め発表スライドを作成いただいた上で、運営事務局へ事前提出いただきます。発表者全員の入室の確認後、座長の指示で運営事務局がスライドを配信いたします。各演者のスライドを配信後、座長と発表者で質疑応答を行っていただきます。
※一部セッションは進行が異なりますが、事前にご案内いたします。
- 参加者からの質問はZoomのQ&A機能での質問となります。

3. 口演発表の皆様へ

1) 口演時間

一般演題	発表8分・討論2分
上記以外の演題	事前にお知らせした通りです。

※発表の30分前までに、当日の入室リンクより接続ください。

2) 発表形式について

当日は、事前にご提出いただいた発表データを再生いたします。(共催セミナーを除く)

Zoom上には演者・座長の先生方が登壇した状態で、再生終了後に演者・座長で質疑応答・総合討論を行います。

4. 倫理性の配慮および利益相反の開示について

ご発表の際には、プライバシーに関する守秘義務を遵守し、匿名性の配慮に十分な配慮をした旨、明記してください。また、COI(利益相反)に関しては、以下の例をご参照の上、発表スライドの最初に提示してください。

講演等でのCOI開示例

(開示情報ない場合)

日本精神科診断学会
利益相反(COI)開示
筆頭発表者名: ○○ ○○

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

※この形式はサンプルなので、必要な情報が開示されれば、形式は自由です。

(開示情報ある場合)

日本精神科診断学会
利益相反(COI)開示
筆頭発表者名: ○○ ○○

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業など:

- ・受託研究・共同研究費: ○○製薬
- ・奨学寄附金: ○○製薬
- ・寄付金講座所属: あり(○○製薬)

※この形式はサンプルなので、必要な情報が開示されれば、形式は自由です。

第41回日本精神科診断学会

41ST CONGRESS OF JAPANESE SOCIETY FOR PSYCHIATRIC DIAGNOSIS



神保 彰

ワンマンオーケストラ
スタジオライブムービー

期間限定公開 **2022**
9月8日-17日



<https://procomu.jp/jspd2022/movie/movie.html>

AKIRA JIMBO
ONE-MAN ORCHESTRA
SPECIAL STUDIO LIVE
MOVIE

プログラム

理事長講演

特別講演

シンポジウム 1 - 6

教育講演 1 - 6

ランチタイムセミナー 1 - 7

理事長講演

9月10日(日) 11:05-11:55

オンライン配信会場 2

座長：鈴木 道雄 (富山大学学術研究部医学系 神経精神医学講座)

PL 精神科診断学の基本

村井 俊哉 京都大学大学院 医学研究科・精神医学

特別講演

9月9日(金) 10:00-11:00

オンライン配信会場 2

座長：下田 和孝 (獨協医科大学 精神神経医学講座)

SL ICD-11「精神、行動又は神経発達の疾患群」の分類と診断要件について

神庭 重信 飯田病院/日本うつ病センター

シンポジウム 1

9月9日(金) 13:45-15:45

オンライン配信会場 3

「精神科診断に一石を投じる生物学的精神医学の現在」

座長：神庭 重信 (飯田病院/日本うつ病センター/九州大学)

橋本 亮太 (国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神疾患病態研究部)

S1-1 脳MRI構造画像を用いた統合失調症の補助診断法の開発

根本 清貴 筑波大学

S1-2 脳画像機械学習による統合失調症の発症予測と実装化に向けた取り組み

小池 進介 東京大学 心の多様性と適応の連携研究機構

S1-3 臨床現場で使えるタブレットを用いた統合失調症の補助診断法の開発

三浦健一郎 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神疾患病態研究部

S1-4 うつ病の新たな分類を目指して

古郡 規雄 獨協医科大学 精神神経医学講座

S1-5 生物学的分類を取り入れた精神疾患診断の将来像

橋本 亮太 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神疾患病態研究部

シンポジウム 2

9月9日(金) 15:45-17:45

オンライン配信会場 1

「診断されにくい向精神薬の副作用」

座長：堀 輝 (福岡大学医学部 精神医学教室)

嶽北 佳輝 (関西医科大学医学部 精神神経科学講座)

S2-1 精神疾患における低血糖への対応

鈴木雄太郎 医療法人敬愛会 末広橋病院

S2-2 診断されにくい向精神薬の副作用：アカシジア

嶽北 佳輝 関西医科大学医学部 精神神経科学講座

S2-3 セロトニン症候群

三浦 至 福島県立医科大学医学部 神経精神医学講座

S2-4 薬剤性せん妄

竹内 啓善 慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室

S2-5 リチウム中毒の診断とその対応

堀 輝 福岡大学医学部 精神医学教室

シンポジウム 3

9月9日(金) 15:45-17:45

オンライン配信会場4

「精神科診断学を再考する」

座長：村井 俊哉 (京都大学大学院医学研究科・精神医学)

S3-1 臨床医はDSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) とどう付き合うべきか

尾関 祐二 滋賀医科大学 精神医学講座

S3-2 精神科診断学の教育のありかた ～DSM-5の功績など～

松崎 朝樹 筑波大学医学医療系 精神医学域

S3-3 精神科診断における〈方法論的自覚〉
ーヤスパースの『精神病理学総論』を手がかりとしてー

松丸 啓子 高千穂大学 人間科学部

S3-4 AIの普及と精神医学的診断

諏訪 太郎 京都大学大学院医学研究科 脳病態生理学教室 (精神医学)

シンポジウム 4

9月10日(土) 9:00-11:00

オンライン配信会場1

「周産期メンタルヘルスにおける精神科診断を考える」

座長：北村 俊則 (北村メンタルヘルス研究所)
鈴木 利人 (順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院)

S4-1 周産期の気分障害

鈴木 利人 順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院

S4-2 周産期精神疾患の次元性

羽田 彩子 北村メンタルヘルス研究所

S4-3 周産期ボンディング障害

北村 俊則 北村メンタルヘルス研究所

S4-4 出産恐怖症 (Tokophobia)

竹形みずき 北村メンタルヘルス研究所

S4-5 周産期の精神病性障害

竹内 崇 東京医科歯科大学病院

シンポジウム 5

9月10日(日) 14:30-16:30

オンライン配信会場 1

「NEXT GENERATIONにどうDSMを伝えていくべきか：その重要性と限界を踏まえて」

座長：塩入 俊樹 (岐阜大学大学院医学系研究科 精神医学)

下田 和孝 (獨協医科大学 精神神経医学講座)

S5-1 DSMの歴史：実臨床での重要性と限界も含めて

塩入 俊樹 岐阜大学大学院医学系研究科 精神医学

S5-2 双極性障害におけるDSMの重要性と限界

伊賀 淳一 愛媛大学大学院 精神神経科学講座

S5-3 DSM-5と「本当の」統合失調症

尾関 祐二 滋賀医科大学 精神医学講座

S5-4 神経発達症を診断し共通認識するためのセンスを養う

藤井久彌子 滋賀医科大学 精神医学講座

シンポジウム 6

9月10日(日) 14:30-16:30

オンライン配信会場 3

「ICD-11における高次脳機能障害の位置づけ」

座長：三村 将 (慶應義塾大学医学部 精神神経科学教室)

村井 俊哉 (京都大学大学院医学研究科・精神医学)

S6-1 高次脳機能障害の診断にかかる経緯と現状

深津 玲子 国立障害者リハビリテーションセンター

S6-2 器質性精神障害と高次脳機能障害 - 外傷性脳損傷を中心に -

上田 敬太 京都光華女子大学

S6-3 高次脳機能障害のICD-11における診断分類

村松 太郎 慶應義塾大学医学部 精神神経科

S6-4 高次脳機能障害に関する厚生労働省の事業について

鈴木 航太 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課

教育講演 1

9月9日(金) 8:55-9:55

オンライン配信会場 1

座長：金沢 徹文 (大阪医科大学 神経精神医学教室)

EL1 診断エラーはなぜ起こるのか？

志水 太郎 獨協医科大学 総合診療医学

教育講演 2

9月9日(金) 11:00-12:00

オンライン配信会場 1

座長：上野 修一 (愛媛大学大学院医学系研究科 精神神経科学)

**EL2 主治医の見過ごし・勘違い
～より正しい診断や適切な治療に近づくために出来ること～**

内田 裕之 慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室

教育講演 3

9月9日(金) 13:25-14:25

オンライン配信会場 1

座長：矢部 博興 (福島県立医科大学・医学部・神経精神医学講座)

EL3 脳神経内科医からみた精神神経症状 - 神経疾患との関わりを含めた考察

鈴木 圭輔 獨協医科大学 内科学 (神経)

教育講演 4

9月9日(金) 14:35-15:35

オンライン配信会場 2

座長：近藤 毅 (琉球大学大学院 精神病態医学講座)

EL4 児童思春期のうつ・不安症状の評価

宇佐美政英 国立国際医療研究センター 国府台病院

教育講演 5

9月10日(土) 13:30-14:30

オンライン配信会場 2

座長：染矢 俊幸 (新潟大学大学院医歯学総合研究科 精神医学分野)

EL5 現代精神科診断学の基礎知識

北村 俊則 北村メンタルヘルス研究所

教育講演 6

9月10日(土) 13:30-14:30

オンライン配信会場 4

座長：村井 俊哉 (京都大学大学院 医学研究科・精神医学)

EL6 純粋精神医学の思想 精神医学における疾患とは - 精神障害の分類と診断について -

古茶 大樹 聖マリアンナ医科大学 神経精神科

ランチタイムセミナー 1**9月9日金 12:00-13:00****オンライン配信会場 2**

座長：尾関 祐二 (滋賀医科大学医学部医学科 精神医学講座)

LS1 遺伝医学から見た精神科診断

金沢 徹文 大阪医科薬科大学

共催：Meiji Seika ファルマ株式会社

ランチタイムセミナー 2**9月9日金 12:00-13:00****オンライン配信会場 3**

座長：下田 和孝 (獨協医科大学 精神神経医学講座)

**LS2 職場におけるプレゼンティズム改善のための方策
～うつ病、認知機能、睡眠、生活リズムの関与とトリンテリックスへの期待～**

井上 猛 東京医科大学 精神医学分野

共催：武田薬品工業株式会社

ランチタイムセミナー 3**9月9日金 12:00-13:00****オンライン配信会場 4**

座長：古郡 規雄 (獨協医科大学 精神神経医学講座)

LS3 統合失調症における適切なドパミン受容体遮断 - そしてAMPA受容体研究の紹介

内田 裕之 慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室

共催：吉富薬品株式会社

ランチタイムセミナー 4

9月10日 12:00-13:00

オンライン配信会場 1

座長：白波瀬 丈一郎 (東京都済生会中央病院 健康デザインセンター)

LS4 メンタライゼーション理論から紐解く境界性パーソナリティー障害の病態

池田 暁史 大正大学心理社会学部 臨床心理学科

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社 医薬開発本部

ランチタイムセミナー 5

9月10日 12:00-13:00

オンライン配信会場 2

座長：近藤 毅 (琉球大学大学院 精神病態医学講座)

LS5 うつ病の診療で我々が克服していかなければいけないことは？

～うつ病のアンメットメディカルニーズを考える～

菊地 俊暁 慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室

共催：大塚製薬株式会社

ランチタイムセミナー 6

9月10日 12:00-13:00

オンライン配信会場 3

座長：村井 俊哉 (京都大学大学院医学研究科・精神医学)

LS6 精神疾患の連続性を踏まえた個別化医療 -Diseasomeの観点から

尾崎 紀夫 名古屋大学大学院医学系研究科 精神疾患病態解明学

共催：住友ファーマ株式会社

ランチタイムセミナー 7

9月10日 12:00-13:00

オンライン配信会場 4

座長：下田 和孝 (獨協医科大学 精神神経医学講座)

LS7 不眠・うつ等のメンタル診療におけるピットフォール、
そのリスクマネジメントについて

田邊 昇 中村・平井・田邊法律事務所 弁護士・医学博士・MBA

共催：エーザイ株式会社

プログラム

一般演題 1 - 4

一般演題 1

9月9日(金) 9:00-10:00

オンライン配信会場 3

座長：菅原 典夫 (獨協医科大学 精神神経医学講座)

- 01-1** 子どもの精神病リスク早期スクリーニング・システムCPSSの有用性検証
濱崎由紀子 京都女子大学 現代社会学部
- 01-2** 口頭質問のみで実施可能なMMSE下位項目を利用した認知症スクリーニング
東 徹 藍野花園病院
- 01-3** 成人期における診断閾値以下の注意欠如/多動症傾向及び自閉症傾向と、
Large Scale Brain Networkの機能的結合の関連について -探索的検討
平田 りさ 京都大学医学部附属病院 精神神経科
- 01-4** 高齢者のうつ病および双極性障害における認知症の有病率：
入院患者における後方視的研究
越智紳一郎 愛媛大学大学院医学系研究科 精神神経科学
- 01-5** 健常人における自尊心と、前頭極と小脳間の安静時機能的結合の関連
安藝 森央 京都大学大学院医学研究科 脳病態生理学講座 (精神医学)
- 01-6** 遷延するうつ状態の患者における確定診断
村尾 昌美 杏林大学医学部附属病院 精神神経科

座長：金沢 徹文 (大阪医科薬科大学 神経精神医学教室)

- O2-1** 行動障害型前頭側頭型認知症が疑われた葉酸欠乏症の1例
藤井 有沙 医療法人 住田病院
- O2-2** 食物嗜癖の歴史・概念・「診断」
齊尾 武郎 フジ虎ノ門整形外科病院 内科・精神科
- O2-3** 20-item Questionnaire for Drinking Behavior Pattern (DBP-20) の開発、及び、
アルコール依存症者の特徴的な飲酒行動と診断に関する研究
栗原 雄大 国立大学法人 琉球大学病院
- O2-4** MRIに基づいたインターネット嗜癖の病態解明に向けて
柴田 真美 京都大学大学院医学研究科 脳病態生理学講座 博士課程
- O2-5** 症例報告：万引きをする高齢者の一例
桑原 優仁 東京都済生会中央病院
- O2-6** 抗てんかん薬を処方されていた患者が、けいれん発作を伴うアルコールの
離脱せん妄を生じた一例
小林 慧 栃木県立岡本台病院

一般演題3

9月10日 9:00-10:00

オンライン配信会場3

座長：尾関 祐二（滋賀医科大学 精神医学講座）

- O3-1** 多発性硬化症による高次認知機能障害を治療前後で比較した1例
森本 雄高 東京女子医科大学
- O3-2** 統合失調症と診断されている症例に成人型ニーマンピック病C型の可能性を検討する
藤井久彌子 滋賀医科大学 精神医学講座
- O3-3** レビー小体型認知症との鑑別が困難であったHeidenhain型
クロイツフェルト・ヤコブ病の1例
徳満 敬大 十和田市立中央病院 メンタルヘルス科
- O3-4** 非定型精神病の病相経過をとり、背景に抗NMDA受容体脳炎が疑われた一例
山口大二郎 福島県立医科大学 神経精神医学講座
- O3-5** 精神科の外来初診患者における診断名と睡眠障害の関連について
中村俊太郎 獨協医科大学
- O3-6** 両側基底核石灰化に伴う統合失調症様症状を呈した3例について：
ケースシリーズ研究
細貝 優人 福島県立医科大学医学部 神経精神医学講座

一般演題 4

9月10日(日) 10:10-11:20

オンライン配信会場 4

座長：須田 史朗 (自治医科大学 精神医学講座)

- O4-1** 病初期に反復言語と開眼困難感を伴う抑うつエピソードを呈した進行性核上性麻痺の1例
松澤 幸治 新潟大学大学院医歯学総合研究科 精神医学分野
- O4-2** 中学生にみられた現代抑うつ症候群の一症例についての診断学的な検討
中根えりな 獨協医科大学 埼玉医療センター
- O4-3** 12か月に20回程度の気分エピソードを認める双極II型障害・急速交代型の一例
高石 裕介 愛媛大学医学部附属病院
- O4-4** COVID-19感染を契機とした続発性相対的副腎不全から続発したうつ病の一例
吉田健太郎 自治医科大学 精神医学講座
- O4-5** 思春期以前の被養育体験と分娩歴が周産期の抑うつ、不安、ボンディングに与える影響について
福井 直樹 新潟大学医学部医学科 医学教育センター
- O4-6** うつ病性昏迷に伴う緊張病と薬剤性錐体外路症状との鑑別を要した1例
佐藤 由英 獨協医科大学 精神神経医学講座
- O4-7** 自殺企図にてグリホサート脳症を来した1例
吉田 良太 獨協医科大学 精神神経医学講座

抄録

理事長講演

特別講演

シンポジウム 1 - 6

教育講演 1 - 6

ランチタイムセミナー 1 - 7

精神科診断学の基本

○村井 俊哉

京都大学大学院 医学研究科・精神医学

本学会の方向性について、そして精神科診断学という実践的学問の方向性について、演者は、本大会に先立つ第39回および第40回大会で提言を行ってきた(村井俊哉. 精神科診断学の今後について: 3つの診断学. 精神科診断学 13: 2-5, 2020.、村井俊哉. 「診断概念の多元主義」からみた精神科診断学. 精神科診断学 14: 2-7, 2021.)。精神科診断学とは、「分類Classificationとしての診断」の学ではあるが、それに加えて、「技能Craftsmanshipとしての診断」の学でもあり、さらに「関与Commitmentとしての診断」の学でもある。これが演者の主張である。

このような立ち位置から演者は、初学者が精神科診断学を学ぶ際には、診断学の3つの側面のすべての学びが重要と考えている。診断を悪い意味でのレッテル貼りとしないための、診断の3つの「C」のそれぞれの考え方について、具体例を挙げながら、演者の見解を述べる。

略歴 村井 俊哉 (むらい としや)

1991年京都大学医学部卒、1998年京都大学大学院医学研究科博士課程修了。医学博士。マックスプランク認知神経科学研究所、京都大学医学部附属病院助手などを経て、2009年より京都大学大学院医学研究科精神医学教授。専門は一般精神医学、神経画像学、高次脳機能障害の臨床。著書に「はじめての精神医学」(ちくまプリマー新書)、「統合失調症」(岩波新書)、「精神医学の概念デバイス」(創元社)などがある。

ICD-11「精神、行動又は神経発達の疾患群」の 分類と診断要件について

○神庭 重信

飯田病院／日本うつ病センター

2018年5月に国際疾病分類第11版 (ICD-11) 導入版が発表され、2019年5月に行われるWHO総会で承認された。現在、英語版がWHOウェブに掲載されており、これにより、精神科医が主に扱う第6章「精神、行動又は神経発達の疾患 (mental, behavioral, and neurodevelopmental disorders: MBND)」を構成する大分類(気分症など)、分類(双極症など)、特定用語(メランコリアを伴う、など)を把握することができる。精神科領域での疾病分類は、分類カテゴリー(疾病、疾患、症、障害に相当)の構成概念と診断のための要件が一体となっている。言い換えれば、病名が同じでも、構成概念と診断要件が異なれば、異なる対象を指すことになる。

ICD-10 (1992) が作成されて四半世紀がたち、分類構造とコードなどに大幅な変更が、また疾患概念や診断ガイドラインでも随所に重要な変更が加えられている。ICD-10になれた方は当初迷われることもあろうが、使いやすさは格段に向上しているので、比較的楽に使い慣れるのではなかろうか。またDSM-5 (2013) とのハーモナイゼーションがあらかじめ合意されていたため、DSM-5との類似性は比較的高く、最近の精神医学の流れに沿うものとなっており、抵抗少なく受け止められるのではなかろうか。一方でDSMのように「診断基準」ではなく、あくまで「診断要件」を提供しているところにICDらしさがでてい

本講演では、ICD-11 MBNDのICD-10からの変更点あるいはDSM-5との相違点、共通点を紹介する。

略歴 神庭 重信 (かんば しげのぶ)

栗山会飯田病院顧問／日本うつ病センター理事長／九州大学名誉教授

【その他の主な役職】

日本精神神経学会 前理事長
日本医学会 幹事／日本医学会連合 監事
日本医療研究開発機構 プログラム・スーパーバイザーなど
World Psychiatric Association, Honorary Member
American Psychiatric Association, Lifetime Member
東京都医学総合研究所理事 など

【略歴】

1980年 慶應義塾大学医学部卒業
1996年 山梨大学医学部精神神経医学講座教授
2003年 九州大学医学研究院精神病態医学分野教授
2019年 九州大学名誉教授
慶應大学医学部客員教授、名古屋市立大学医学部客員教授
(1982～1987米国メイヨークリニック薬理学フェロー、精神科レジデント・講師)

【受賞】

2020年 厚生労働大臣表彰 (精神保健福祉事業功労者)

脳MRI構造画像を用いた統合失調症の補助診断法の開発

○根本 清貴

筑波大学

統合失調症患者はさまざまな領域で灰白質容積が減少することが明らかになっている。この知見をもとに、構造MRI画像は統合失調症の診断に有用である可能性が示唆されてきたが、多施設データによる研究は限られている。実際、MRI機種が異なると信号値は機種により大きく異なる。このため、我々は、Voxel-based morphometryを用いて、構造MRIデータのハーモナイゼーションを行ったうえで統合失調症と健常者を判別しえる方法を検討した。我々の方法は主に2つの要素から構成される。最初の要素は、統合失調症と健常者で優位に異なる関心領域(ROI)を同定し、その領域の容積を判別に用いることである。第二の要素は、MRIの機種間差を最小限にするいわゆるハーモナイゼーションである。様々な方法があるが、我々は、一般線形モデルによるシンプルな方法を用いた。具体的には、ある装置で得られた健常者のデータセットから、ROI内容積を求め、それを従属変数としたうえで、この変数を年齢、性別、頭蓋内容積、定数、および残差の線形結合であらわした。そして、定数の中にMRIの機種情報が含まれると考え、残差が「統合失調症らしさ」を反映する特徴量になると考えた。この特徴量を用いてROC解析を行ったところ、曲線下面積は施設によって0.74-0.84であり、正診率は69%-76%であった。全データを用いたROC解析では、曲線下面積0.76、正診率73%であった。これらから、多施設の異なるMRI装置で撮影されているデータを用いても、形態MRIのみでも、中等度の精度で統合失調症と健常者を判別することができた。このような手法を用いることで、臨床現場において、脳画像が統合失調症の正しい診断の一助になり得る可能性がある。

略歴 根本 清貴 (ねもと きよたか)

- 1999年3月 筑波大学卒業
- 2001年 筑波大学附属病院精神神経科レジデント
- 2007年 医療法人仁愛会水海道厚生病院医員
- 2008年 医療法人社団八峰会池田病院副院長
- 2009年4月 筑波大学医学医療系精神医学講師
- 2016年6月 筑波大学医学医療系精神医学准教授

脳画像機械学習による統合失調症の発症予測と 実装化に向けた取り組み

○小池 進介

東京大学 心の多様性と適応の連携研究機構

機械学習、深層学習が簡便に利用できるソフトウェア、プログラムが普及し、脳磁気共鳴画像(MRI)を用いた精神疾患の機械学習解析と、得られた判別器による臨床応用が期待されている。しかし、初期の精神疾患に関する機械学習解析では、一般臨床に応用できないこともわかった。その原因として、精神疾患診断レベルが精神科医の間診によって評価されていること、単一の精神疾患(例えば統合失調症)も症候群であり、特定の病態と一対一ではないことなど、臨床面での限界が挙げられる。

解析面での原因として、機械学習解析でよくみられる過学習、つまり単一のデータセットでは高い判別率が得られるが、他のデータセットでは得られない、ことが挙げられる。そのため、現在の機械学習解析では独立データセットによる検証が必須となっている。過学習が起こる要因はいくつかあるが、MRIデータの点で見ると、機種・プロトコル間差、個人差の2つに大別される。特に機種・プロトコル間差は、精神疾患由来の差より大きいことがわかっており、多施設共同研究、臨床応用を考えたときに考慮すべきバイアスとなる。

個人差についても、精神疾患由来の差より年齢や性別による変化が大きいことがわかっている。さらに、年齢は線形に変化するわけではなく、出生時から思春期、および老年期に大きく変化し、成人期は比較的単調に変化することがわかった。こうした精神疾患由来の差以外を取り除いてから機械学習を行うのが理想的であるが、それぞれのバイアスを軽減する手法が異なるため、分野融合的な検討が必要である。

本発表では、脳MRI臨床研究の現状を、現在進行中の日本医療研究開発機構(AMED)国際脳プログラムにおけるヒト脳MRI研究プロジェクト(BMB-HBM, <https://hbm.brainminds-beyond.jp/ja/>)の取り組みを紹介しつつ説明する。そのうえで、複数のデータセットをハーモナイズし、大規模データセットを用いた機械学習解析による統合失調症判別器の可能性を紹介する。

略歴 小池 進介(こいけ しんすけ)

- 平成16年2004年3月 東京大学医学部医学科 卒業
- 平成16年2004年4月 太田総合太田西ノ内病院 研修医
- 平成17年2005年4月 東京大学医学部附属病院 研修医
- 平成18年2006年4月 東京都立墨東病院 神経科 医員
- 平成24年2012年3月 東京大学大学院医学系研究科脳神経医学専攻 修了
「統合失調症発症前後における、近赤外線スペクトロスコピーを用いた
認知課題施行中の前頭側頭部脳血流に関する研究」
- 平成24年2012年4月 東京大学学生相談ネットワーク本部 精神保健支援室 講師
- 平成26年2014年4月 Visiting Researcher, MRC Unit for Lifelong Health and Ageing at UCL
- 平成28年2016年4月 東京大学心の多様性と適応の連携研究機構(UTIDAHM) 准教授

臨床現場で使えるタブレットを用いた 統合失調症の補助診断法の開発

○三浦 健一郎

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神疾患病態研究部

精神疾患の診断においては医師の問診に基づく主観的評価が主体であり、客観的な計測と分析によって得られる指標が未だ確立しておらず、診断や治療の一致率は必ずしも十分ではない。このため、血液や脳神経画像などの医学的検査から得られるデータや心理学的検査、デジタルフェノタイプと呼ばれる診察や検査の際の発話や音声、身体および視線のデータなどを分析して得られる客観的な情報の利用が検討されている。代表的な精神疾患である統合失調症は早期治療によりその予後が改善することが知られていることから、発症早期における診断は特に重要である。しかし、発症早期においては症状がはっきりせず、その経過も短いため診断が困難である。われわれは、統合失調症の客観的なマーカーを探索し、さらに実際の診療現場における測定が可能で、医師の診断を早めることのできる医療機器プログラムの研究開発を推進している。本講演ではその取り組みについて紹介する。

診断マーカーの探索においては、臨床の現場において非侵襲かつ簡便に計測することのできる視線と認知機能に着目している。統合失調症では、古くから視線の異常が指摘されている。一方、認知機能の低下も統合失調症の代表的な特徴の一つで、これらは共に、健常者と統合失調症の判別にも寄与することが報告されている。フリービューイング課題などを用いた視線検査のスコア、ウェクスラー成人知能検査、ウェクスラー記憶検査の下位検査スコアについて健常者と統合失調症の判別能を調べ、さらに診断の精度を高めるマーカーになる眼球運動と認知機能の特徴量の組み合わせを検討した。その結果、視線検査及び認知機能検査のスコアの中に発症早期から判別能が高い特徴量があることがわかった。さらに、フリービューイング課題のスキャンパス長とウェクスラー知能検査の符号検査の評価点の組み合わせなど、さらに高い判別能を持つ視線と認知機能の特徴量の組み合わせがあることを示す所見を得ている。医療機器プログラムの開発研究においては、視線検査と認知機能検査を利用した医療機器プログラム開発を進めており、ポータブルデバイスへ搭載可能な検査課題の検討を進めている。

略歴 三浦 健一郎 (みうら けんいちろう)

1993年法政大学工学部卒業、1998年同大学大学院工学研究科システム工学専攻博士課程修了(工学博士)。1998-2003年電子技術総合研究所(現、産業技術総合研究所)、米国国立衛生研究所(National Eye Institute, NIH)にて情報学及び神経科学の研究に従事。2003年から京都大学医学研究科高次脳科学講座にて、生理学と神経科学の教育を行いつつ、高次脳機能の基礎・臨床研究に従事。2019年より国立精神・神経医療研究センターに異動し、脳科学研究を継続しつつ、医学・工学の融合による精神神経医療の課題解決に関する研究に従事。

うつ病の新たな分類を目指して

○古郡 規雄

獨協医科大学 精神神経医学講座

うつ病は、気分障害の一種であり、抑うつ気分、意欲・興味・精神活動の低下、焦燥、食欲低下、不眠、持続する悲しみ・不安などを特徴とした精神障害である。しかしながらうつ病が単一の疾患であると考えている治療者は少ない。典型的なうつ病といえるのは、内因性うつ病である。うつ状態が一定期間持続し、治療しなくても軽快するといわれている。一方、児童思春期のうつ、女性の周産期のうつ、老年期の精神病性うつなどが同一の病態生理を持つとは考えにくい。

うつ病の診断的分類として、内因、外因、心因といった古典的分類や操作的診断基準による分類により、単一/反復エピソード、不安性の苦痛を伴う、精神病性の特徴を伴う、メランコリア、非定型、緊張病を伴う、周産期、季節性、持続性抑うつ障害/気分変調症、月経前不快気分障害、重篤気分調節症に分類される。しかし治療という観点では精神病性の特徴を伴ううつ病以外は抗うつ薬を使用するという点で共通である。一方、治療反応性による分類として、少なくとも2つ以上の抗うつ薬を十分な量・長期にわたり投与しても症状が改善しないケースを治療抵抗性うつ病あるいは難治性うつ病とし、あらたな治療を模索している。しかしながら、治療抵抗性うつ病にはそもそもうつ病と診断できない一群が混ざっている可能性が高い。例えば、脳炎後遺症としてのうつや双極性うつ、ASDのうつ、単なる適応障害やPTSDなどが考えられる。それ以外にも未知の病態を持っている精神疾患が存在し、表面的な症状からうつ病と診断されている一群がいるのかもしれないが現代のテクノロジーではまだそれを明らかにすることはできない。

したがって、当面は操作的診断でうつ病と暫定診断し、ガイドラインにもとづく治療を行う過程で典型的な治癒過程を呈しない一群(治療抵抗性うつ病)に対して、新たな診断の見直しで診断を細分化し、抗うつ薬以外の治療を提案・検証し、その結果をガイドラインに追記していく必要がある。

略歴 古郡 規雄 (ふるこおりのりお)

- 平成 5年 弘前大学医学部卒業
- 平成 9年 弘前大学医学部医学研究科修了 医学博士の学位授与
- 平成10年 スウェーデンカロリンスカ研究所臨床薬理学教室に留学
- 平成13年 弘前大学医学部臨床薬理学教室講師
- 平成17年 弘前大学医学部神経精神医学講座講師
- 平成21年 弘前大学大学院医学研究科神経精神医学講座准教授
- 平成31年 獨協医科大学精神神経医学講座准教授

【資格】

- 精神保健指定医、精神保健判定医
- 日本精神神経学会 指導医・専門医
- 日本臨床精神神経薬理学会 指導医・専門医
- 日本医師会産業医

生物学的分類を取り入れた精神疾患診断の将来像

○橋本 亮太, 松本 純弥, 長谷川 尚美, 三浦 健一郎

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神疾患病態研究部
Department of Pathology of Mental Diseases, National Institute of Mental Health,
National Center of Neurology and Psychiatry

精神科の診断基準は、患者の症状と経過によって定義されており、客観的・科学的な基準は取り入れられていない。そのため診断の一致率は十分に高いとは言えず、現在の治療でよくなる患者は30–50%と言われている。客観的・科学的な診断を取り入れることができれば、診断の一致率が高まり、患者により適切な治療ができるようになることが期待されているが、ICDやDSMなどの診断基準には取り入れられていない。

今までに、精神疾患の病態として解明された例として、当時精神病と言われていた一群の患者から、梅毒トレポネーマによる感染症である神経梅毒が見いだされたことがあげられる。現在も精神疾患の診断の枠組みの中で、既に診断といってもよい客観的な指標がある。これは、治療抵抗性統合失調症に対するクロザピン治療と統合失調症の認知機能障害に対する治療である。クロザピンは世界中のガイドラインにおいて治療抵抗性統合失調症に推奨されている抗精神病薬である。治療抵抗性統合失調症は、複数の抗精神病薬において十分量・十分期間服用しても改善しない統合失調症患者を指し、治療反応性にて客観的に定義される。統合失調症の認知機能障害は、病前からの認知機能低下によって客観的に定義される。このような既に存在するにもかかわらず、診断基準に入らないことは精神科医自身が客観的診断基準に対する偏見を持ち、どのように客観的診断基準を精神科医療に導入するかという考えを十分に持っていないことによると思われる。様々な研究において、感度・特異度・判別率の高い結果が得られたという報告がなされるが、未だ精神科医療には導入されていない。本講演では、実際に精神科医が必要とする生物学的分類を取り入れた精神疾患診断の将来像について提案する。

略歴 橋本 亮太 (はしもと りょうた)

1995年大阪大学医学部卒業。同附属病院にて臨床研修後、同大学院精神医学教室にて神経生化学的研究を行い博士号取得。2000年より米国国立精神衛生研究所で神経薬理学的基礎研究と臨床研究に従事。その後、国立精神・神経センター神経研究所、大阪大学にて統合失調症の中間表現型研究を中心に精神疾患の包括的な研究に従事し2018年7月、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神疾患病態研究部部長に着任し、精神疾患の克服とその障害支援にむけた研究推進を行っている。

精神疾患における低血糖への対応

○鈴木 雄太郎

医療法人敬愛会 末広橋病院

低血糖とは、動悸、発汗、脱力、意識レベルの低下が起こり、血糖値としては70mg/dl未満になった状態をいう。これは、血糖降下薬の作用が強く現れた場合や食事時間の遅れ、運動のし過ぎなどで起こる。特に血糖値が50mg/dl以下の重症な場合は、けいれんや異常行動を起こしたり、昏睡状態に陥ることもあるため、見逃すことができない状態であるが、これらの症状は精神症状との鑑別が難しいと考えられている。

統合失調症患者は糖尿病に罹患しやすく、抗精神病薬投与も耐糖能異常を惹起するため統合失調症患者の高血糖については、日常臨床で注意深くモニタリングされるようになってきている。一方、低血糖については、それ程意識されていないかもしれない。我々はこれまで第2世代抗精神病薬による治療中に反応性低血糖を呈していたが、精神症状との鑑別が難しかった症例を報告してきた(Suzuki et al. BMJ, 2009)。本講演では、これら症例を紹介し、実際に低血糖にどのように対応するか検討したい。

略歴 鈴木 雄太郎 (すずき ゆうたろう)

医療法人敬愛会 理事長

新潟大学医歯学総合病院精神科 非常勤講師

平成 7年 新潟大学医学部医学科卒業

同年 5月 新潟大学精神科入局

平成15年 新潟大学医学研究科博士課程修了

平成16年4月～ 新潟大学医歯学総合病院精神科助手として勤務

平成17年4月～ 新潟大学医歯学総合病院精神科講師として勤務

平成24年6月～ 新潟大学医歯学総合病院精神科病院准教授

平成30年4月～ 医療法人敬愛会 理事長

新潟大学医歯学総合病院精神科 特任教授

令和 3年4月～ 医療法人敬愛会 理事長

新潟大学医歯学総合病院精神科 非常勤講師

【専門】

臨床薬理学 薬理遺伝学 精神科診断学

現在は①性ホルモンとうつ病・統合失調症の難治化 ②抗うつ薬と抗精神病薬の効果・副作用の予測因子について研究中。

【所属学会】

- ①日本精神神経学会(代議員 専門医・指導医「向精神薬服用者の肥満、糖尿病などの予防を目的としたガイドライン」作成委員) ②日本臨床精神神経薬理学会(理事及び専門医・指導医) ③日本うつ病学会(評議員) ④日本児童青年精神医学学会 ⑤日本臨床薬理学会

【その他】

新潟市地域医療推進会議 委員

認知症サポート医

新潟県中央児童相談所等精神科診療業務嘱託医(非常勤)

新潟県災害派遣精神医療チーム(DPAT) 統括者補佐

診断されにくい向精神薬の副作用：アカシジア

○嶽北 佳輝

関西医科大学医学部 精神神経科学講座

アカシジアは、強い不安焦燥感や内的不穏と、上下肢や体全体を揺り動かしたくなる駆り立てられるような衝動を基盤とした症状であり、静座不能症とも訳される。精神症状やrestless legs症候群などとの鑑別が必要になることが多いが、鑑別が困難なケースに出会うことも少なくない。原因としては、主に抗精神病薬の使用によるものが広く知られているものの、抗うつ薬や制吐薬、胃腸薬などもその原因になりうることも忘れてはならない。多くの錐体外路症状の頻度は、第2世代抗精神病薬(SGA)の登場により、第1世代抗精神病薬と比較し低下していることが報告されている。しかし、アカシジアはいくつかのSGAでは比較的高い頻度で生じる可能性がネットワークメタ解析の結果からも示されていることもあり、現在もなお注意が必要な副作用と言えるだろう。

本シンポジウムでは、精神科日常臨床の一助となることを目的に、アカシジアの病態や診断基準、診断方法、鑑別、治療を比較的新しいエビデンスを基に概観したい。

略歴 嶽北 佳輝 (たけきた よしてる)

- 2003年(平成15年)3月 関西医科大学医学部医学科卒業
- 2003年(平成15年)5月 関西医科大学精神神経科学教室入局
- 2007年(平成19年)6月 仁康会小泉病院 医員
- 2011年(平成23年)4月 関西医科大学精神神経科学教室 助教
- 2014年(平成26年)4月 ボローニャ大学生物医学/神経運動科学教室postdoctoral fellow researcher
- 2016年(平成28年)4月 関西医科大学精神神経科学教室 助教
- 2017年(平成29年)4月 関西医科大学精神神経科学教室 講師
- 2020年(令和 2年)4月 関西医科大学総合医療センター精神神経科 病院准教授
- 2021年(令和 3年)4月 関西医科大学精神神経科学教室 准教授

セロトニン症候群

○三浦 至

福島県立医科大学医学部 神経精神医学講座

セロトニン症候群は、抗うつ薬などセロトニン系に作用する薬剤によって引き起こされる副作用であり、不安・焦燥、錯乱や躁状態などの精神症状、発熱や発汗などの自律神経症状、ミオクローヌスなどの神経学的症状が主症状である。発現頻度は1%未満と低く、全体の70%は発症後24時間以内に改善し一般的に予後は良好とされるが、時に高熱、呼吸不全、腎不全、播種性血管内凝固症候群などを来して死亡に至るケースもあるため注意が必要である。代表的な診断基準はSternbachによるもので、1)精神症状の変化(錯乱、軽躁状態)、2)興奮、3)ミオクローヌス、4)反射亢進、5)発汗、6)悪寒、7)振戦、8)下痢、9)協調運動障害、10)発熱のうち少なくとも3つが必要とされているが、その他にもHunter Serotonin Toxicity CriteriaやRadomskiらによる診断基準、Hegerlらの診断基準があり、それぞれ簡便さや重症度評価といった点で違いがある。これら診断基準の違いはあるにせよ、鑑別が重要となる悪性症候群に比べるとセロトニン症候群は精神科医にとってもやや馴染みが薄く、見逃されやすい副作用と言えよう。セロトニン神経系の機能亢進作用を有する薬剤はすべて原因薬剤となりうるため、SSRIをはじめとする抗うつ薬治療に際して、特にこれまでの報告ではセロトニン症候群の発現は多剤投与時に圧倒的に多いため、多剤併用時には特に注意が必要である。また、MAO阻害薬や炭酸リチウムの併用、抗うつ薬代謝に関わるCYP阻害薬併用時などにはセロトニン症候群発症のリスクが上がる可能性がある。

セロトニン症候群を見逃さないためには、何よりもこの副作用の存在を念頭に置き、抗うつ薬等の開始時や増量時、併用時などに起こりうることを想定しておくことが重要と思われる。本発表では各種診断基準や悪性症候群との鑑別などについても触れ、日常臨床での診断のポイントについて検討したい。

略歴 三浦 至 (みうら いたる)

- 2000年 3月 山形大学医学部医学科 卒業
- 2000年 4月 福島県立医科大学医学部 神経精神医学講座
- 2002年 4月 財) 星総合病院 星ヶ丘病院 精神・神経科
- 2004年 4月 福島県立医科大学附属病院 診療医
- 2005年 4月 財) 星総合病院 星ヶ丘病院 精神・神経科
- 2011年 5月 福島県立医科大学医学部 神経精神医学講座 助教
- 2013年 4月 Division of Psychiatry Research, The Zucker Hillside Hospital (Visiting Scientist)
- 2014年 4月 福島県立医科大学医学部 神経精神医学講座 助教
- 2015年 5月 福島県立医科大学医学部 神経精神医学講座 講師
- 2016年10月 福島県立医科大学医学部 神経精神医学講座 准教授

薬剤性せん妄

○竹内 啓善

慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室

薬剤性せん妄とは、医薬品によって誘発される、あるいは退薬時に起こるせん妄である。薬剤性せん妄の原因となる医薬品には、GABA_A受容体作動薬(ベンゾジアゼピン系薬、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬)、麻薬性鎮痛薬(オピオイド)、副腎皮質ステロイド、ヒドロキシジンを除く抗ヒスタミン薬(抗アレルギー薬)、抗パーキンソン病薬などがある。治療の原則は、せん妄の原因となっている可能性がある薬剤の中止・減量、必要であれば他の安全性の高い薬剤への変更である。原因薬剤を減量・中止してもせん妄が改善しない場合、薬物治療を考慮する。特に焦燥・興奮が強い場合は、抗精神病薬の投与を検討する。退薬時のせん妄の場合は、原因薬剤の再開を検討する。

略歴 竹内 啓善(たけうち ひろよし)

- 平成13年3月 千葉大学医学部 卒業
- 平成13年5月 慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室 入室
慶應義塾大学病院 精神・神経科 研修医
- 平成14年5月 国立霞ヶ浦病院(現 霞ヶ浦医療センター) 医員
- 平成15年5月 医療法人財団厚生協会 大泉病院 医員
- 平成20年4月 慶應義塾大学大学院 医学研究科 博士課程 医学研究系 精神・神経科学 入学
- 平成24年3月 同大学院 卒業
- 平成24年5月 トロント大学精神科 博士研究員
- 平成29年4月 慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室 助教
- 令和 2年4月 慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室 専任講師

リチウム中毒の診断とその対応

○堀 輝

福岡大学医学部 精神医学教室

炭酸リチウムは、双極性障害の第一選択薬であり（日本うつ病学会双極性障害治療ガイドライン）、わが国の双極性障害治療でも多く使用されている（MUSUBI研究）。リチウムは、通常精神科医が使用する向精神薬の中でも異なる特徴を有する。治療域と中毒域が近接していること、腎代謝であることなどがその一部である。

リチウム中毒は、急性中毒と慢性中毒に大別される。急性中毒においては、多くは過量服薬によるものである。慢性中毒としては、リチウム増量、腎機能障害、薬剤併用（NSAIDs、利尿剤など）があげられる。さらに中間に位置づけられるものとして脱水があげられる。

急性中毒では、初期には無症状のこともあるが消化器症状が徐々に出現する。さらに、振戦、めまい、眼振、筋脱力、不明瞭言語、脱水、低Na血症をみとめる。慢性リチウム中毒では、発語の鈍化や軽度の傾眠から症状が出現することもある。

医薬品医療機器総合機構（PMDA）からは、投与初期または用量を増量したときには、維持量が決まるまで1週間に1回をめぐりに血中濃度測定をすること、また、維持量投与中は2～3ヶ月に1回をめぐりに血中濃度を測定することが推奨されている。医薬品副作用被害救済制度の審査において、使用方法が適正でないと判断された数が最も多かったのがリチウムだった。

リチウム中毒の治療としては、全身管理、輸液、血液透析などがあげられる。リチウム中毒を見逃さないように、急性期には定期的な検査が必要であると考えられ、維持期には“変化”（併用薬剤、身体状況の変化など）に配慮しながら安全に治療することが重要であると考えられる。

【参考】重篤副作用疾患対応別マニュアル リチウム中毒

略歴 堀輝(ほり ひかる)

平成15年3月 産業医科大学医学部卒業
 平成15年6月 産業医科大学病院・臨床研修医
 平成16年6月 小倉蒲生病院
 平成17年6月 産業医科大学病院・専門修練医
 平成19年6月 (株)東芝 北九州工場健康支援センター 産業医
 平成20年6月 産業医科大学病院・神経精神科
 平成21年4月 産業医科大学精神医学教室 助教
 平成25年1月 産業医科大学精神医学教室 講師
 平成27年4月 毎日新聞西部本社 産業医
 平成28年4月 産業医科大学精神医学教室 講師
 令和 2年4月 北九州古賀病院 精神科
 令和 3年4月 福岡大学医学部精神医学教室 講師
 平成30年 Discipline of Psychiatry, University of Adelaide (Bernhard T. Baune lab 研究員)

【所属学会】

日本精神神経学会、日本臨床精神神経薬理学会、日本生物学的精神医学会、日本産業衛生学会、
 日本統合失調症学会、日本うつ病学会、九州精神神経学会、日本スポーツ精神医学会、日本老年精神医学会、
 日本総合病院精神医学会、CINP、日本社会精神医学会、日本神経精神薬理学会、日本産業精神保健学会、
 日本精神科産業医協会
 2014年 日本臨床精神神経薬理学会 評議員、2021年～理事
 2016年 日本スポーツ精神医学会 評議員、2019年～理事
 2017年 日本神経精神薬理学会 評議員

【資格】

精神保健指定医、日本精神神経学会専門医・指導医、日本臨床精神神経薬理学専門医・指導医、
 日本医師会認定産業医、臨床研修指導医、メンタルヘルス運動指導士、日本老年精神医学会専門医・指導医、
 一般病院連携(リエゾン)精神医学専門医・指導医、日本精神科産業医協会認定会員

【受賞歴】

2007年 臨床精神神経薬理学会ポールヤンセン賞
 2010年 第7回DPA研究会優秀賞
 2013年 第7回ふくおか臨床医学研究賞
 2013年 臨床精神神経薬理学会ポールヤンセン賞
 2014年 第5回日本統合失調症学会学術賞 最優秀賞
 2017年 AsCNP Young Psychiatrist Award
 2017年 第35回産業医科大学 学会長賞
 2018年 第13回日本うつ病学会 学会奨励賞
 2020年 Neuropsychopharmacology Report誌 reviewer award
 2021年 Neuropsychopharmacology Report誌 reviewer award

【その他】

Neuropsychopharmacology Reports (Associate editor),
 Frontiers in Psychiatry (Associate editor (mood disorder)),
 PloS One (Academic editor),
 Metabolites (Editorial Board)

臨床医はDSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) とどう付き合うべきか

○尾関 祐二

滋賀医科大学 精神医学講座

周知の事柄であるが、精神科疾患はその生物学的な発症原因が特定されていない。また、将来どのような形でこの問題が解決を見るのかも明らかではない。しかし現代医学で用いられる方法論に則れば、疾患により生じる問題の解決方法は病気の原因解明によってより明らかに示される。こうした観点から考えると、精神疾患の多くは現代医学の方法論が十分に適応できない状況が続いているともいえる。一方で現実を見ると精神科疾患に罹患している人たちが多く存在し続けており、当人はもちろんのこと、家族など周囲の人たち、更に大きく見ると社会そのものに苦痛をもたらしており、その対応は常に待ったなしである。そこで現代的な医学の方法論がまだ届きにくい精神疾患から生じる苦痛に対峙する方法について試行錯誤が繰り返されてきており、DSM診断はこうした精神医学がもつ「未解決問題」に対しての一つの対処方法としてもみることができのかもしれない。精神疾患の本質が明らかではない現代において精神疾患の治療を行うにはどういった方法論が良いのか。原因を含めてある種の理論を構築して疾患の治療方法を考えてゆくことは、現代ではまだ難しい面がある。そうした理論は皆が賛同できる訳でもなく、そもそもそうしたものはあくまで推定である。もちろん疾患の本質を明らかにしてゆく上では作業仮説としての推定は必要欠くべからざるものである。しかしながらそれを臨床現場に持ち込むには常に注意が必要で、用心深さをもってたゆまぬ判断と見直しが必要である。それに対して、少なくとも多くの臨床家がある程度共通して認識する症状を基に疾患カテゴリーの概念を考え、さらに臨床場面で現実的に役に立つかどうかを考慮した疾患の捉え方を構築すれば、それはより「使い勝手が良い」診断基準となる。DSMはこうした性質を志向しており、日本語で読めるものとしてはDSM-5が現在最新である。確かにDSMが個人の特性全てを詳細に示すことはないことにも注意が必要であるが、その有用性は大きい。本シンポジウムがこうしたDSMの特性とそれを認識した上での使用について改めて議論いただける機会となることを期待する。

略歴 尾関 祐二 (おげき ゆうじ)

平成 5年 3月 滋賀医科大学卒業
 平成 5年 6月 滋賀医科大学附属病院医員 (研修医)
 平成10年 1月 滋賀医科大学 精神医学講座 助手
 平成13年 8月 米国 ジョンスホプキンス大学 postdoctoral fellow
 平成15年 1月 滋賀医科大学 精神医学講座 助手へ復職
 平成18年 9月 国立精神神経センター 神経研究所 疾病研究第三部 第一室長
 平成20年10月 獨協医科大学 精神神経医学 准教授
 平成31年 3月 滋賀医科大学精神医学講座 教授 (現職)

【資格と学会活動】

精神保健指定医
 日本精神神経学会 専門医・指導医
 臨床精神神経薬理学専門医
 日本総合病院精神医学会 特定指導医

精神科診断学の教育のありかた ～DSM-5の功績など～

○松崎 朝樹

筑波大学医学医療系 精神医学域

「精神科は難しそう」と言われたことはないだろうか。従来、それぞれの精神疾患に対して理念型に基づいた診断が行われてきたが、それは精神科医それぞれの精神疾患に対する理解の違いにより共通の理解を困難にし、同時に、精神医学を難解にってしまう点で課題をかかえていた。そんな中、2013年から5大疾病に精神疾患が加わり、コモン・ディジーズのひとつとして扱われるようになった。これに伴い、医学教育の上でも精神医学は重要性を増し、それぞれの教育機関が各々の理解で精神疾患を教えるのではなく、より均一な教育が求められるようになった。ごく少数のスペシャリストではなく、多くの医師と基本的な精神疾患の概念を共有する必要性が生じている。その点、DSMなどの操作的な診断基準に基づく精神科診断を基本とすることにより、医学生により具体的な概念を多くの教育機関で共通して教える基となり、そして、多くの医師に基本的な疾患概念を伝えることを可能にした。そんな、教育における精神科診断について、当シンポジウムで考察を試みる。

略歴 松崎 朝樹 (まつざき あさき)

筑波大学 医学医療系 精神医学 講師

1998年3月 筑波大学

2008年4月 国立 精神・神経 医療研究センター

2014年4月 筑波大学 医学医療系精神医学

- ジョエル・パリシ (著), 松崎朝樹 (監訳), 他多数, 『DSM-5をつかうということ—その可能性と限界』, メディカルサイエンスインターナショナル, 2015
- 松崎朝樹, 『語呂で覚える! DSM-5』, メディカルサイエンスインターナショナル, 2015
- 松崎朝樹, 『精神診療プラチナマニュアル』, メディカルサイエンスインターナショナル, 2018年3月

YouTube「精神科医 松崎朝樹の精神医学」チャンネル登録者 5万5000人超 (2022年8月現在)

2016/2018/2019/2020/2021年 筑波大学医学類ベストティーチャー受賞

精神保健指定医

日本精神神経学会 精神科専門医/精神科専門医指導医

日本精神・心理領域医療情報動画配信研究会 (通称メンタル系YouTuberの会) 会長

精神科診断における〈方法論的自覚〉 —ヤスパースの『精神病理学総論』を手がかりとして—

○松丸 啓子

高千穂大学 人間科学部

ヤスパース (Karl Jaspers) が『精神病理学総論 (*Allgemeine Psychopathologie*)』において確立した「了解 (Verstehen)」の次元では、その限界としての〈実存 (Existenz)〉や身体的条件が示唆されるに止まり、〈実存〉そのものは明らかにはされなかった。それ故に、その後ヤスパースは心理学を経て哲学へと転じ、精神病理学では明らかにすることのできなかつた〈実存〉について問うことになった。こうしたヤスパースの〈実存〉への道を辿るために、私は一哲学研究者として『精神病理学総論』を紐解いてきたが、その過程において、「精神医学の哲学」の観点から『精神病理学総論』を検討することにも大いに意義があると考えているに至った。その一例として、本提題では、ヤスパースが『精神病理学総論』において強調した〈方法論的自覚 (methodologisches Bewusstsein)〉を主な手がかりとして、精神科診断の在り方について探究していくことにする。その考察の順序は、以下の通りである。

まず初めに、ガミー (S. Nassir Ghaemi) によって「折衷モデル」の典型とされた「BPSモデル (biopsychosocial model)」の問題点を克服する可能性のある「多元主義」の立場を明らかにし、その考え方の源流がヤスパースの〈方法論的自覚〉にあることを指摘する。

次に、ヤスパースが『精神病理学総論』で提示した「診断図式 (Diagnosenschema)」

と現代の精神科診断において議論を呼んでいる『診断および統計の手引き』(DSM)との比較検討を行った上で、「診断図式」の意義について、ヤスパースが重視する〈全体としての人間 (der Mensch als Ganzes)〉という観点との関わりを考慮に入れつつ論じる。

さらに、精神療法において究極的に求められるのは医師と患者の間の〈実存的コミュニケーション (existentielle Kommunikation)〉であるというヤスパースの見解についても触れる。

以上の論考を通じて、精神医学が常に人間全体を問題にする実践であることを確認し、DSM至上主義が進みつつあるように見える現代精神医学への若干の批判も試みる。

略歴 松丸 啓子 (まつまる けいこ)

専門は哲学 (K.ヤスパース研究)。東北大学大学院文学研究科博士課程後期3年の課程修了。博士 (文学)。筑波大学助手、高千穂商科大学助教授等を経て、現在、高千穂大学教授。

【主な著書】

『脳科学と哲学の出会い—脳・生命・心』(分担執筆：玉川大学出版部、2008年)
『精神医学と哲学の出会い—脳と心の精神病理』(分担執筆：玉川大学出版部、2013年)
ほか

【主な論文】

「精神分析に対するヤスパースの批判」(『理想』第671号、理想社、2003年)
「現代精神医学におけるヤスパースの『精神病理学総論』の意義」(『高千穂論叢』第50巻第1号、2015年)
ほか

AIの普及と精神医学的診断

○諏訪 太郎

京都大学大学院医学研究科 脳病態生理学教室 (精神医学)

AIの普及が精神科診断にもたらす影響について考察する。近い将来、現在の心電図の機械判読のように、AIが脳画像や脳波の判読を行うようになり、見落とし・とりこぼしは大きく減少し、画像診断における医師の負担は軽減されるだろう。しかし、AIがそういった有用な診療支援ツールの域を超えない間はおそらく、精神医学的診断に与える影響は少ない。

しかし今後倫理面、技術面のハードルを乗り越えて、電子カルテから臨床情報が自動的に抽出され、リアルワールドの膨大な情報が蓄積されるようになると、精神医学の診断は二つの面から揺らぐ可能性がある。

AIがビッグデータを取り扱うことによってもたらされる(かもしれない)変化のひとつめは既存の診断カテゴリーの大幅な見直しである。現在の精神医学的診断の生物学的妥当性については疑義が示されて久しい。そのような状況の中、これまでとは桁違いの症例数を背景とする強い「エビデンス」と機械仕掛けの高い「信頼性」をもって、AIが精神医学診断の線引き問題に対して説得力のある回答を導き出せば、かつてDSMが歓迎されたように、DSMに飽きつつある精神医学界が一斉に、「AIとビッグデータ」という斬新な後釜に飛びつく可能性がある。

ふたつめは、診断をつけるという行為の重要性の低下である。臨床情報を入力することで、AIが症例ごとに個別化された最善の治療選択をはじき出すようになれば、治療法の決定において診断のプロセスを経る必要は無くなる。治療の決定において診断が不要になると、診断とは医療スタッフと患者間、医療スタッフ間での情報共有や説明、「納得」のためのツールとなり、AIは人間の納得を得るために人間にも理解できるような簡略化されたデータのサマリーとして診断を示すようになり、AIの答えをさらにわかりやすく噛み砕き、AIと患者さんの橋渡しをするのが医療スタッフの主な役割となるだろう。

ただし、精神医学で取り扱われる病識の問題や非自発的医療、司法精神医学といった複雑な価値づけを伴う分野については他の分野に比べてAIの導入が難しく、最後まで人の手に残される領域の一つになるのではないかと考えている。

略歴 諏訪 太郎 (すわ たらう)

1999年3月 神戸大学医学部医学科 卒業
 1999年4月 京都大学医学部附属病院精神科神経科 研修医
 2000年6月 公立小浜病院精神神経科 医員
 2002年9月 北野病院神経精神科 医員
 2006年4月 京都大学医学部精神医学教室 大学院生
 2008年4月 京都大学医学部附属病院 精神科神経科 助教
 2021年4月 同 病院講師
 現在に至る。

【著書など】

- デイヴィッド・ヒーリー&エドワード・ショーター
「電気ショックの時代 -ニューロモデレーションの系譜-」共訳 ← 売れていないので買って下さい。
- 「精神科の薬はや調べノート」編集・執筆

【資格など】

2008年 精神神経学会専門医
 2013年 精神保健指定医
 2014年 博士号 (医学) 取得
 2019年 総合病院精神医学会専門医・指導医

周産期の気分障害

○鈴木 利人

順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院

E. Kraepelinは精神的変調の基盤となる身体的変化として、頭部損傷や感染症のほか出産活動を指摘している。K. Schneider は周産期の精神障害の中で産褥精神病に言及し、「産褥精神病は症状性であるよりも、そのほとんどは統合失調症である」と述べている。1952年RE. Hemphillは産褥期の精神障害の分類に言及し、その一つにpuerperal depression (産褥うつ病)を初めて挙げた。臨床的特徴として、激越性メランコリアに類似し、融通性に乏しく不安耐性が低い性格傾向を指摘した。1955年、AB. Hegartyはpost-puerperal recurrent depression (産褥後反復性うつ病)として、非妊娠期のうつ病と親和的性格や臨床経過が異なり、産褥後は月経前症候群に類似した経過をたどると報告した。以後、産褥期うつ病の疾患独立性について議論が続くこととなる。

近年、DSM-5では「周産期発症」との特定用語を付けているが、診断の位置づけはうつ病の診断基準を満たし発症は「妊娠中または出産後4週間以内」と期間を限定するに留めている。臨床的特徴として、「しばしば強い不安とパニック発作を伴う」、「産後の精神病性エピソードとしばしば関連している」とされるが、診断基準に組み込まれるまでには至っていない。

2010年以降、エビデンスレベルの高い大規模な前方視的縦断研究や国際的な共同研究事業 (Postpartum Depression: Action Towards Causes and Treatment (PACT) Consortium)により臨床的特徴が改めて検証されている。一方で、産後(周産期)うつ病に関して病態生理学的研究やバイオマーカーに関するさまざまな知見が蓄積されるようになった。さらにセロトニン作動性の抗うつ薬の治療効果が乏しい患者に米国ではGABA-BZD受容体複合体の神経ステロイド部位に作用するbrexanoloneが産後うつ病の治療薬として上市されている。以上の最近の知見から、周産期のうつ病に関する診断の独立性について検討する。

略歴 鈴木 利人(すずき としひと)

昭和57年3月 筑波大学医学専門学群卒業
 平成 元年4月 (医) 社団友朋会栗田病院 院長
 6年3月 米国ミシシッピ州立医科大学留学 薬理学・毒性学教室
 7年4月 筑波大学臨床医学系(精神医学) 助教授
 20年4月 順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院メンタルクリニック 教授
 順天堂大学大学院医学研究科精神行動科学 教授
 令和 3年4月 順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院 院長
 日本周産期メンタルヘルス学会理事長
 日本臨床精神神経薬理学会理事

周産期精神疾患の次元性

○羽田 彩子

北村メンタルヘルス研究所

ある精神症状を、操作的定義にしたがって測定したときに、その精神症状は次元的/程度の違い(dimensional)なのか？それともカテゴリカル/質的な違い(categorical)なのか？古くから「精神疾患」を捉える上で、議論されている話題である。Kendell & Brockington (1980) は、精神病的うつ病と神経症性うつ病の差はdimensional classification と考えるのが適切であるとした。

この疑問に応えてくれる現代の統計手法がMeehl(1973)の開発したtaxometric analysisである。Taxometric analysisは、ある精神症状が連続的/次元的な現象である(病理性があるようにみえるのはその精神症状における程度の問題である)か、非連続的/カテゴリカル(ひとつの集団の中に全く質が異なる病理群が存在する)かを峻別する方法である。近年では、このtaxometric analysisの手法を用いた場合に、ほとんどの精神疾患が連続的/次元的であることが明らかになってきている。周産期のメンタルヘルス上の諸問題についても同様な検討が必要である。周産期のボンディングの問題は、明確な診断基準はなく、「疾患」あるいは「障害」として、明確に質の異なる一群が存在すると捉えるべきかを議論する必要がある。しかしながら、周産期メンタルヘルスにおける精神症状の次元性について、taxometric analysisの手法を用いて検討をした研究は少なく、周産期ボンディングについての次元性を検討した研究はない。妊娠期のうつ病についても同様である。

周産期ボンディングについてはMatsunaga (2017) らが、Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS) を使用し、産後の女性723名の産後5日目、産後1か月の2時点で行った調査で、クラスター分析を行った。この分析に用いたサンプルについてtaxometric Analysisを行い、MIBSで測定したボンディングの次元性を検討した。また、妊娠初期の女性382名のサンプルのPHQ-9の測定結果を用いてtaxometric analysisを行い、妊娠期のうつ病の次元性を検討した。

本発表では、それらの結果を踏まえて、周産期のボンディングの問題および妊娠期うつ病を、質の異なる「疾患」として扱うべきか、もし、そうではないのであれば、治療や支援を必要としている一群を、どのようにして、同定するのかについて考える。

略歴 羽田 彩子 (はだ あやこ)

- 1997年 日本赤十字看護短期大学看護学科卒業。看護師として従事。
- 1999年 聖母女子短期大学専攻科助産学専攻卒業後、助産師として病院・クリニックにて勤務。
- 2017年 こころの診療科きたむら医院にて助産師/看護師、北村メンタルヘルス研究所研究員として勤務開始。
- 2019年～2021年 訪問看護ステーションco-co-ro (精神科訪問看護) 看護師ととして従事。
- 2020年 日本赤十字看護大学看護学研究科修士課程国際保健助産学専攻研究コース修了
- 2022年 国立精神神経医療研究センター精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部 科研費研究員として勤務開始

【現職】

こころの診療科きたむら医院 助産師/看護師
 北村メンタルヘルス研究所 研究員
 国立精神神経医療研究センター精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部 科研費研究員

周産期ボンディング障害

○北村 俊則

北村メンタルヘルス研究所

自らの子(胎児・新生児)に対する陽性感情の欠如あるいは強い陰性感情をもつ状態をボンディング障害(bonding disorder)と呼んでいる。ボンディング障害が精神医学の領域で発表されたのは1997年であり、以降、多くの研究がなされている。

ボンディング障害の評価方法については、多くの自己記入式調査票が作成・報告されている。しかし、psychometricsとして高評価を得ているものは少ない。ボンディング障害の症状の因子分析では、愛情の欠如(lack of affect)と怒りと拒否(anger and rejection)の2因子を認める研究が多い。しかし、こうした因子構造は測定時点ごとの測定不変性に問題があることが近年の報告でなされている。さらに、ボンディング障害の概念(内包と外延)についても結論が出ていない。親の児に対する感情のみを含める意見と、児に対する態度さらに育児行動(虐待を含む)まで含める意見もある。しかし、感情⇒態度(動機付け)⇒行動(授乳などの育児行動)のパスを考えれば、親の児に対する感情のみをボンディングと定義すべきである。周産期のボンディング障害が、以降の母児関係や育児行動に影響することも知られている。

成因についての研究も多いが、ひとつにまとまってはいない。抑うつを中心としたさまざまな精神疾患、分娩形態、新生児の気質、親自身が児の時に受けた養育、産後のストレス・対処行動・ソーシャルサポートなどが検討されている。多くの研究に共通して認められる成因として、胎児ボンディングの不良と、今回の妊娠への否定的態度が、新生児ボンディング障害を予測するという点であろう。

残っている課題は、ボンディング障害が他から隔絶した範疇なのか、連続量の一端に位置しているかという疑問である。クラスター分析では、健常群と病的群の2クラスターが認められている(Hakhmigari et al., 2021; Matsunaga et al., 2017)。

略歴 北村 俊則(きたむら としのり)

慶応義塾大学医学部卒業 慶応義塾大学病院(精神神経科)、東京武蔵野病院、英国バーミンガム市オールセイツ病院、国立精神・神経センター精神保健研究所を経て、熊本大学大学院生命科学研究部教授(臨床行動科学分野・こころの診療科)教授 ワシントン大学医学部(米国セント・ルイス)客員教授、いくつかの国際専門誌の編集委員 英国精神医学会会員およびフェロウ

【現職】

北村メンタルヘルス研究所所長
こころの診療科きたむら醫院院長
北村メンタルヘルス学術振興財団代表理事

出産恐怖症 (Tokophobia)

○竹形 みずき

北村メンタルヘルス研究所

妊娠期の女性は、これから迎える出産に対して楽しみといった肯定的な気持ちと、怖い等の否定的な気持ちを抱く。否定的な感情の内、出産に対して恐れを抱く出産恐怖感 (Fear of childbirth) は多くの妊婦が抱くものであるが、出産恐怖感が著しく強い場合を出産恐怖症 (Tokophobia) と呼ぶ。欧米の研究によると出産恐怖症 (Tokophobia) は、全妊婦の約14%と推定されており、その中には睡眠障害や集中力の低下等日常生活に支障をきたすことが報告されている。数少ない先行症例報告によると、出産恐怖症 (Tokophobia) には一二次性 (primary) と二次性 (secondary) があることが報告されている。一二次性 (primary) は、妊娠前から著しい恐怖感を抱いており、妊娠を避けるなど、妊娠しても著しい恐れを抱く主に初産婦を指す。一方、二次性 (secondary) は、前回のトラウマ的な出産体験等から引き起こされると言われており、心的外傷後ストレス障害との関連性も示唆され、様々な発生機序が考えられる。しかしながら、出産恐怖症 (Tokophobia) は、その診断学的検討は十分に検討されないまま、一般的にDSM-5の特定恐怖の一つとして認識されてしまっていることが多い。今後、医療者による介入の必要性や治療法の検討を行うためにも適切に出産恐怖症 (Tokophobia) を精神診断学的に評価していくことが重要となる。このようなことから、2019年11月から2021年2月までの間、北村メンタルヘルス研究所では、都内4か所の産科医療施設を受診した出産恐怖症 (Tokophobia) 妊婦10名に研究参加を依頼し、精神科医と助産師による半構造化面接を実施した。本シンポジウムでは、10名の研究参加者の内、初産婦数例について事例を通して、出産恐怖症 (Tokophobia) の理解を深め、臨床現場での出産恐怖症 (Tokophobia) 妊婦を特定する際のヒントを得ることを目指す。さらに、DSM-5の特定恐怖を始め、他の精神障害との関連性についても事例に沿って考察し、精神診断学的検討とともに、臨床でのケアの必要性やあり方について考える機会とする。

略歴 竹形 みずき (たけがた みずき)

助産師として都内の産科病院で勤務後、2015年に東京大学大学院医学系研究科母性看護学・助産学分野博士課程修了 (保健学博士)。大学院在籍中、こころの診療科きたむら醫院/北村メンタルヘルス研究所で研究員として周産期メンタルヘルスの研究に従事。2016年~2019年まで長崎大学熱帯医学研究所小児感染症学分野助教 (ベトナム赴任) として母子保健研究に関わる経験を持つ。現在客員研究員として、北村メンタルヘルス研究所及び長崎大学熱帯医学研究所に所属している。

周産期の精神病性障害

○竹内 崇

東京医科歯科大学病院

産後精神病の有病率は1000人の出産あたり1~2人といわれており、比較的まれな状態である。産後2週間以内に急速に発症し、症状は、不眠、気分変動、強迫観念、妄想、幻覚、滅裂な行動、せん妄様症状など多彩であり、統合失調症類似の症状の発現率が比較的低いとされている。危険因子として、双極性障害、過去の産後精神病のエピソードの既往、産後精神病または双極性障害の家族歴が挙げられている。

初期の症例報告として、1393年の英国の自伝的作品があり、その後は、mania lactea、amentia、puerperal insanity、puerperal psychosis、puerperal mania、dreamlike delirium、postpartum psychosisなどとさまざまな名称で記載されている。18世紀以来、緊急介入を要する重篤な疾患と位置付けられた。また、DSM-5では産後精神病という診断名はなくなり、精神病症状で急性に発症し、比較的短期間で回復する状態像から、短期精神病性障害と分類されることが多い。ただし、その後の経過から双極性障害と診断されることもある。

産後精神病と双極性障害の関連性については数多くの報告がある。双極性障害の女性は出産後数週間の感情病のリスクが非常に高い(Vigueraら 2011)、産後に初発の感情病を発症した後に双極性障害が発症する可能性は高い(Chaudronら 2003)、といった関連性が強いというものから、産後精神病初発例では双極性障害でみられる産後精神病とは異なる特徴を有している(Berginkら 2011)といった、産後精神病には双極性障害の経過中に生じるものとは別の病態の存在を指摘するものもある。

最近の報告(Rommelら 2021)では、産褥期初発の躁病または精神病と診断された女性106人を4年間追跡した結果、産後以外に気分・精神病エピソード再発34人(32.1%)、産後以外に気分・精神病エピソードなし72人(67.9%)となっており、また、再発群には統合失調症/統合失調症様障害の診断基準を満たす症例はみられなかった。これより、産後精神病と双極性障害との間の基本的な関連性が示唆され、さらに同じスペクトラムの中に2つの異なる診断がある可能性が指摘されている。

産後精神病は、比較的まれな状態であるためエビデンスの構築は難しい。しかしながら、長期的な治療経過、そしてその治療戦略を考えるうえで、診断学的にその病態の把握は重要である。

略歴 竹内 崇(たけうち たかし)

- 1994年 3月 東京医科歯科大学医学部医学科卒業
- 2018年 4月 東京医科歯科大学医学部附属病院 心身医療科 科長
- 2020年 4月 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 精神行動医科学分野
リエゾン精神医学・精神腫瘍学担当 准教授
- 2021年 3月 東京医科歯科大学医学部附属病院 メンタルヘルス・リエゾンセンター センター長
- 2021年10月 東京医科歯科大学医学部附属病院が東京医科歯科大学病院に名称変更

DSMの歴史：実臨床での重要性和限界も含めて

○塩入 俊樹

岐阜大学大学院医学系研究科 精神医学

DSMの歴史を考える際には、ICDの歴史との関係を考えなければならない。ICD-5 (1988) までのICDは「国際死因分類 International Classification of Causes of Death」、つまり死因統計で、精神疾患の独立した章はなかった。第2次世界大戦(以後、大戦)後の1948年、WHOの会議で承認されたICD-6は「国際疾病、障害および死因統計分類 International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death」となり、初めて精神疾患の独立した章が作成された。ちなみに、ICD-7からは“Statistical”が抜け、現在の「国際疾病分類 International Classification of Diseases」となる。

ICD-6 は様々な問題点があり、国際的には広く用いられることはなかった。そこで米国精神医学会より出たのがDSM-I (1952)である。その背景には、大戦の経験から戦争神経症等の神経症が増加し、精神科医の関心が精神病から神経症・適応障害・性格障害等へと変わっていき、それまでの精神病院での入院患者(精神病が大部分)を対象とした分類では対応しきれなくなったという米国の国内事情がある。

その後のDSM-II (1968)では、“反応”という用語の廃止や大分類が3群から10群に増え、以前は認められなかった多重診断がなされるようになる(ただし、comorbidityではない)等、若干の改訂がなされ、クレペリン以後の欧州の診断体系と米国における精神力動理論が混在した形となった。その間、ICDはICD-7(1989)、ICD-8(1989)と改訂されている。

1970年代に入ると、米国では診断の重要性から精神病性症状が気分症状に勝ると考えられ、一方英国では逆の診断的階層(diagnostic hierarchy)を持っているという問題が指摘される。つまり、疾患概念の内包は一致していてもその外延が異なっており、外延が決まらなるとどうしても評価者間で意見の食い違いが出てきてしまうのである。そこで外延を決めて上記の従来診断の信頼性の低さを改善するために世に出たのが、1980年のDSM-IIIである。このDSM-IIIは“操作的診断基準”と“多軸システム”の採用で革命的なアプローチをもたらした。つまり、今まで医師の主観的な傾向にあった精神疾患の診断に対してより客観的判断を下せる様になり、医療スタッフ側の意見や伎倆の差異による診断の違いが最小限となった。その結果、DSM診断は現在に至るまで広く普及されるようになったのである。

当日は、DSM-5の実臨床での重要性和限界についてもお話する予定である。

略歴

塩入 俊樹(しおいり としき)

- 昭和62年 3月 滋賀医科大学医学部医学科卒業
- 平成 3年 3月 滋賀医科大学大学院医学研究科修了
- 平成 3年 4月 滋賀医科大学医学部附属病院助手に採用
- 平成 8年 3月 日本学術振興会海外派遣研究員(COE)として
カリフォルニア大学アーバイン校精神医学講座留学
- 平成10年11月 新潟大学医学部附属病院助手に転任
- 平成11年 7月 新潟大学医学部附属病院講師に昇任
- 平成12年 8月 新潟大学医学部精神医学講座助教授に昇任
- 平成20年 6月 岐阜大学大学院医学系研究科神経統御学講座精神病理学分野
(令和3年、脳神経学講座精神医学分野に、改名)教授
現在に至る。

双極性障害におけるDSMの重要性と限界

○伊賀 淳一

愛媛大学大学院 精神神経科学講座

双極性障害の正確な診断にはまず軽躁病/躁病エピソードの診断基準を正確に把握する必要がある。DSM-IVからDSM-5への更新において診断特異度を高める目的でいくつかの重要な変更があった。気分の異常だけでなく活動や活力の異常を伴うことや「ほぼ毎日、1日の大半において持続する」ことが追加された点は併存疾患や鑑別疾患を考えるうえで重要である。「混合性の特徴を伴う」という特定用語により、双極性障害やうつ病に伴う軽度の躁症状が診断しやすくなった。過去の軽躁病/躁病エピソードの聴取、通院中の患者の躁症状の早期発見、重症の躁病エピソードの診断、抗うつ薬による躁転でも正確な診断が求められる。衝動性や易怒性、精神運動興奮などが共通点となる統合失調症・統合失調感情障害、不安症、心的外傷後ストレス障害、物質関連障害、境界性パーソナリティ障害、注意欠如・多動症が鑑別疾患として挙げられる。当日は双極性障害におけるDSMの重要性と限界について考察する。

略歴 伊賀 淳一 (いが じゅんいち)

愛媛大学大学院精神神経科学講座 准教授／愛媛大学医学部附属病院認知症疾患医療センター長

平成 6年 3月 香川県立高松高校卒業

平成12年 3月 徳島大学医学部卒業

平成18年 4月 徳島大学大学院医学研究科博士課程修了

平成12年 5月 徳島大学病院 医員 (研修医)

平成13年 5月 高松市民病院精神科 (研修医)

平成14年 5月 徳島大学病院 医員

平成19年 4月 徳島大学病院 精神科神経科 助教

平成19年11月 ミシシッピメディカルセンター研究員 (精神科)

平成21年 5月 徳島大学病院 精神科神経科 助教

平成22年 4月 徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部
精神医学分野 助教

平成23年 4月 同 講師

平成27年 4月 愛媛大学大学院精神神経科学講座 准教授 (現在に至る)

【学位】博士 (医学) (徳島大学 甲医 第853号)

【資格】医籍登録 平成12年5月8日 (第410500号) / 精神保健指定医 平成19年7月6日 (第15104号)

【所属学会】日本精神神経学会・代議員、専門医、指導医、認知症診療医

日本臨床精神神経薬理学会・評議員、専門医、指導医

日本うつ病学会・評議員、双極性障害委員会フェロー

日本サイコオンコロジー学会・代議員、認定登録精神腫瘍医

日本生物学的精神医学会・評議員 / 日本神経精神薬理学会・評議員 / 日本精神科診断学会・評議員

日本総合病院精神医学会・特定指導医

【専門分野】精神科薬物療法、精神神経疾患の薬理的・分子医学的研究

うつ病治療ガイドラインと統合失調症薬物治療ガイドラインを分担執筆

Associate Editor (Journal of Alzheimer Disease, Neuropsychopharmacology Reports, Frontiers in Genetics)

DSM-5と「本当の」統合失調症

○尾関 祐二

滋賀医科大学 精神医学講座

精神疾患全般に言えることではあるが、現在我々が使用している精神疾患の概念は常に揺らぎを伴っている。その揺らぎは個人のなかにも存在するし、個人間の揺らぎもある。こうした揺らぎのもとをたどると、今更ではあるがやはり結局疾患の原因がはっきりしないことに行きつくように思われる。

周知のことであるが統合失調症の概念はクレペリンによって提唱された。当時早発痴呆と名付けられた概念は、発症年齢や予後などにおいて異論が提出された。そうした状態を踏まえプロイラーはクレペリンの客観的・自然科学的見地から導き出された概念のほとんどを継承しつつも、精神病理学的(心理学的)特徴において早発痴呆を理解しなおし、schizophreniaの用語とその概念を作り出した。更にプロイラーはschizophreniaには潜伏しているものが多く、その本質は連合障害であり、他の症状は二次的であるとも提唱した。こうした考えは当時schizophreniaの疾患概念をより広くとらえることになった。また、プロイラーはschizophreniaの概念はかなりの数の疾患を包含するであろうと予測している。さらに診断といった側面ではシュナイダーは一級症状を規定して観察しうる臨床症状として、その重要なものを指摘した。こうした観察はDSM-IIIにおいて取り入れられたが、DSM-5において特定の奇異な妄想や特別な型の幻覚の特別扱いは削除されている。

このような診断の見直しが行われてきている過程で、やはり考えるのは“現代医学的”な意味合いにおいて“そもそも統合失調症という疾患の本質は何であるのか”ということである。“現代医学的”な手法では、まず統合失調症といった概念が存在していて、それを臨床情報から見つけ出すことが診断だと考えるが、「本当の」統合失調症自体が「証明」されていない。こうした状況を理解することでDSM存在の理由と重要性がよりはっきりとする。こうした前提を把握しないと見当違いの敵と戦うことになる。シンポジウムではこうした点を俯瞰し、皆様のご意見、ご批判をいただく機会となることを希望する。

略歴 尾関 祐二 (おぜき ゆうじ)

平成 5年 3月 滋賀医科大学卒業
 平成 5年 6月 滋賀医科大学附属病院医員(研修医)
 平成10年 1月 滋賀医科大学 精神医学講座 助手
 平成13年 8月 米国 ジョンスホプキンス大学 postdoctoral fellow
 平成15年 1月 滋賀医科大学 精神医学講座 助手へ復職
 平成18年 9月 国立精神神経センター 神経研究所 疾病研究第三部 第一室長
 平成20年10月 獨協医科大学 精神神経医学 准教授
 平成31年 3月 滋賀医科大学精神医学講座 教授(現職)

【資格と学会活動】

精神保健指定医
 日本精神神経学会 専門医・指導医
 臨床精神神経薬理学専門医
 日本総合病院精神医学会 特定指導医

神経発達症を診断し共通認識するためのセンスを養う

○藤井 久彌子

滋賀医科大学 精神医学講座

一般精神科臨床の場面で、神経発達症という概念が広く周知されるようになり、成人の臨床場面でもその視点が治療や対応に際し重要と感じられる場面が増えた。しかしその概念が広く周知される前からその疾患を念頭に置かずとも、個人が持つ特徴に合わせて対応をしていたともいえ、その概念が共通認識となったともいえる。

その共通認識としての神経発達症についてDSMを用いる診断や鑑別・合併などについて振り返ってみたい。DSM-5の神経発達症、特に自閉スペクトラム症の単元を見ると、診断基準には「以下は一例であり、網羅したものではない」と書かれておりその内容は正直、わかりにくく実感を伴いにくいのが個人的な感想である。DSM-5を読むと理解が深まるが、診断基準のみの記載のいわゆる「Mini-D」だけを読むと何を指し示すのかがわかりにくい。そして、自閉スペクトラム症の診断は、評者間で割れることが多いことも実情のように感じる。ある医師は神経発達症、ある医師は違う、というふうになるのは、まさに、それが発達障害の診断の難しさであり、いわゆる「灰色」といわれる状態ともいえ、そしてそれが診断学として興味深いところでもある。統合失調症は診断基準を用いて診断することが通常であるのに、神経発達症においては、心理検査で評価をしないと診断ができない、という議論になることもまれではない。ひとつひとつの精神症状や成育歴などの情報を問診で聴取して診断基準と照らし合わせながら診断することは統合失調症と同様であるはずなのに、である。それも神経発達症の診断と相互理解の難しさの現れであるように感じられる。そして鑑別という観点以外に、神経発達症には他の精神疾患が合併することが多いことも指摘されており、その点も重要となる。神経発達症が合併すると、もとの精神疾患の治療が難しくなる場合があるとも指摘されており、診断基準を理解し「神経発達症」を感じ取れるセンスともいえる診断応力を養うことは治療上重要であると考えられる。当日は神経発達症におけるDSMの重要性和限界について上記のような観点から述べてみたい。

略歴 藤井 久彌子 (ふじい くみこ)

1994年3月滋賀医科大学医学部医学科卒業。同大学精神医学講座研修医、1999年4月同大学精神医学講座助手。2001年11月～2002年8月米国ジョンズホプキンス大学精神医学部門客員研究員、2002年9月滋賀医科大学精神医学講座助手。滋賀県立精神医療センター等の勤務を経て、2006年1月滋賀医科大学精神医学講座助手。2007年4月獨協医科大学精神神経医学講座講師、2017年1月同准教授、2018年4月同大学保健センター長兼務し、2019年11月滋賀医科大学精神医学講座准教授（現在）。

【資格と学会活動】

精神保健指定医

日本精神神経学会 専門医・指導医

日本総合病院精神医学会 特定指導医

高次脳機能障害の診断にかかる経緯と現状

○深津 玲子

国立障害者リハビリテーションセンター

高次脳機能障害に関して、診断基準作成を含む国事業の経緯と診断に関する現状について、厚生労働科学研究の成果等を踏まえ紹介する。

若年の脳外傷や脳卒中後遺症としての認知機能障害は、それまでのどの制度の対象にも該当しない、との当事者団体の声を受け、参議院での議論を経て、厚生労働大臣が予算要求を行い、2001年高次脳機能障害支援モデル事業が開始された。13のモデル自治体が参加し、実態調査、診断基準作成を含む支援の枠組みづくり、試行的実践が行われた。この時「高次脳機能障害」の診断基準が確定したことにより、その後障害者を対象とする各種法制度に高次脳機能障害の位置づけが定着した。2005年障害者自立支援法が施行され、「特に専門性の高い相談支援にかかる事業」の一つとして高次脳機能障害支援普及事業が明記され、一般事業化と普及啓発が始まった。2008年内閣府重点施策実施5か年計画に「高次脳機能障害支援拠点機関の設置」が明記されたことが追い風となり、2010年全都道府県に支援拠点機関が設置された。2011年精神障害者保健福祉手帳、2013年国民年金・厚生年金保険障害認定基準に高次脳機能障害が明記された。2013年からは障害者総合支援法の中の都道府県地活事業のうち必須事業の一つ「高次脳機能障害およびその関連障害に対する支援普及事業」として現在に至る。

現在の高次脳機能障害に関する診断について、臨床現場での問題点を把握することを目的に、2021年全国の高次脳機能障害支援拠点機関114か所に質問紙調査を実施した。その結果高次脳機能障害診断までに困難が生じる理由として、「本人・家族が高次脳機能障害であると認識していなかった」、「本人家族は高次脳機能障害を疑ったが医師から診断基準にあたらなるといわれた」がそれぞれ約30%を占めた。また高次脳機能障害の診断を受ける上で問題だと感じたこととして、適切な診断、その後の診断書作成をする医師の不足が最も多く挙げられた。

略歴 深津 玲子 (ふかつ れいこ)

国立障害者リハビリテーションセンター 顧問

東北大学医学部を卒業後、同大神経内科入局。宮城病院神経内科部長などを経て2006年より国立障害者リハビリテーションセンター勤務。同センター学院長、高次脳機能障害情報・支援センター長、東北大学医学部高次脳機能障害科担当臨床教授を務めた。2022年4月より同センター顧問。

器質性精神障害と高次脳機能障害 — 外傷性脳損傷を中心に —

○上田 敬太

京都光華女子大学

外傷性脳損傷は、大きく局所脳損傷とびまん性軸索損傷に分類される。前者は、打撲部直下あるいはその反対側に粗大な脳挫傷を生じる病態で、後者は、深部白質や灰白質に散在性の微小出血斑を生じる病態である。本邦での外傷性脳損傷は、交通外傷あるいは転落外傷によるものが多く、特に若年者では交通外傷による脳損傷の割合が高い。

交通外傷の場合、局所脳損傷では前頭葉眼窩面や側頭極などに脳挫傷を生じやすく、後遺症としては衝動性の亢進、アパシー、こだわり傾向の増加などの性格変化を生じやすい。こういった症状は、ICD-10においてはF07(脳の疾患, 損傷及び機能不全による人格及び行動の障害)に分類されていたが、DSM-5においてはNeurocognitive disorders(神経認知障害群)の中に包含されることになった。びまん性軸索損傷の症候学的特徴は報告があまりない。認知機能面では処理速度の低下が目立ち、局所脳損傷と比較して長期記憶の低下が目立つことも多いが、微小出血斑の部位、あるいは脳損傷そのものの重症度によって病態像は大きく異なる。

器質性以外の要因も無視してはならない。脳損傷者が、解決できない問題に直面し、情動が乱れることを破局反応(Goldstein)という。脳損傷者の病態が破局反応で修飾されている場合には、診断に留意が必要で、脳損傷後の能力に見合った日常・社会生活の構築により症状は緩和される。

略歴 上田 敬太(うへだ けいた)

内科中心にローテート後、京大精神科入局。

2001年 4月 京都大学医学部附属病院精神科神経科非常勤医師

2002年 4月 大阪赤十字病院精神科

2004年 4月 京都大学大学院医学研究科入学

2009年11月 京都大学大学院医学研究科 精神医学 助教

脳神経外科神経心理外来担当

同時に京都市地域リハビリテーション推進センター 嘱託医

2019年11月 京都大学大学院医学研究科 精神医学 講師

2021年 4月 京都光華女子大学健康科学部医療福祉学科言語聴覚専攻 教授

【所属学会】

日本精神神経学会

高次脳機能障害学会(評議員・編集委員)

日本神経心理学会(評議員)

日本認知神経科学学会

高次脳機能障害のICD-11における診断分類

○村松 太郎

慶應義塾大学医学部 精神神経科

高次脳機能障害は、ICD-10ではF04-F09コード内にまとめられる形をとっていたが、ICD-11では分散し、いわばICD-11は「高次脳機能障害フレンドリーではない」診断基準になっている。かかる診断基準の変更があっても支援・福祉がスムーズに継続されるようにすることは医療関係者の責務であり、したがって、ICD-11において高次脳機能障害をどのように位置づけ、対応していくかを整理することは、当事者ら（患者や家族）への支援・福祉を考える上で喫緊の課題である。

そもそも、失語・失行・失認等を除いた「いわゆる高次脳機能障害」ないし「行政的高次脳機能障害」は日本で特有に発展してきた概念であり、現在の我が国の高次脳機能障害診断基準ガイドラインは、ICD-10の器質性精神障害の概念とは不一致な性格を持ちつつも、医療現場等で活用されてきたという歴史があるが、ICD-11への変更に伴い、この不一致はさらに拡大するという感が避けられない。

現在われわれは、高次脳機能障害診断基準の改訂作業を進めているが、同作業の中でのICD-11にかかわる部分を紹介しつつ、精神疾患の国際分類と我が国の高次脳機能障害概念との関係の整理を試みる。

略歴 村松 太郎 (むらまつ たらう)

慶應義塾大学医学部卒。米国NIH (National Institutes of Health)、国立療養所久里浜病院 (現・久里浜医療センター)、厚生省 (現・厚生労働省) 精神保健科などを経て、現在慶應義塾大学医学部精神神経科准教授。

高次脳機能障害に関する厚生労働省の事業について

○鈴木 航太

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課

高次脳機能障害は、行政的な基準によると全国で約27万人の患者がいると推計されている一方で、いまだ一般国民のみならず医療従事者に対しても十分に普及啓発が進んでいるとは言い難い。支援拠点機関は全国で120箇所、支援コーディネーターも437名と支援体制は徐々に拡充してきているものの、まだ支援としては十分に行き届いていない状況である。

高次脳機能障害患者の予後を改善させるためには、なるべく早期に発見し、治療、リハビリテーション等の支援につなげ、地域生活をサポートすることが必要である。しかし、高次脳機能障害は、身体的、精神的な特徴が外見上では判断しづらいことが多く、患者自身や家族等にとっても障害の理解は容易でない。

現在使用されている高次脳機能障害の診断基準は、平成16年度に国立障害者リハビリテーションセンターを中心として作成されたものであるが、高次脳機能障害に関する知見の集積や、ICD(国際疾病分類)やDSM(精神疾患の診断・統計マニュアル)といった各種診断基準の改訂に伴い、アップデートをしていく必要があった。学問的な妥当性を維持しつつ、適切な診断が行われることで適切なサービス配分につながるよう高次脳機能障害の概念を規定する必要がある、これは令和3年度の厚生労働科学研究において実施された。

今後は、この令和3年度改訂版の診断基準の妥当性を検証すると共に、この診断基準の周知を含めた高次脳機能障害に関する普及啓発を一般国民や医療従事者に対して行っていくことが必要となる。その結果として、①特性に応じた、適切なリハビリテーションや生活訓練、就労・就学支援などのサービス提供、②「見えにくい障害」に対する理解を深め、啓発を促すといった効果が将来的には期待される。

厚生労働省においては、こうした高次脳機能障害に関する取組を推進していくと共に、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築や、医療計画における医療提供体制の整備等を通じて、支援拠点機関、市町村や医療機関等が連携しつつ、高次脳機能障害の患者、家族等、関係する全ての方々に対して必要な支援が行き届くような仕組みを構築することを目指している。

略歴 鈴木 航太(すずき こうた)

2010年、北里大学医学部卒業。初期研修修了後、2012年より、慶應義塾大学病院 精神・神経科学教室に入局。精神科単科病院などの勤務を経て、2016年より、慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室 大学院 博士課程に入学。2022年より、厚生労働省 社会・援護局 精神・障害保健課 課長補佐に着任。資格は、医学博士、精神保健指定医、精神科専門医など。

診断エラーはなぜ起こるのか？

○志水 太郎

獨協医科大学 総合診療医学

1999年のInstitute of Medicineの報告“To Err is Human”、2015年のNational Academy of Medicineの報告“Improving Diagnosis in Healthcare”のイニシアチブにもあるように、診断の質の改善は世界における医療課題の重要点である。診断における“誤診”“診断の遅れ”“診断の見逃し”という3つを総称して診断エラー Diagnostic errorと呼び、この診断エラーについての研究は2000年前後から学術的に探究されてきている。これまでの研究より、診断エラーは大別して2つの原因で起こるといわれている：一つは医師やそのほかの医療者の認知エラーを中心とする医療者側の問題（ヒトの頭の中）、そしてもう一つはそれを取り巻く環境やシステムによるもの（ヒト以外）である。前者の例を挙げれば、例えば患者の多彩な訴えをいわゆる“不定愁訴”として医師が考えて、その患者を明らかに器質的原因が無いものとして対応していたが、実は器質因があったことから予後が変わってしまった、というような例である。これは、医療者の認知心理学的な理論に根付く認識のゆがみや知識の不足、また数多い判断を迷わせるバイアス、情報取得不足などの要因が交絡したことにより起こっているものといえる。後者は、例えばコンサルテーションをする診療科が適切でなかったために起こった診断の遅れや、受診するアクセスや医療機関同士の連携が適切にいなかったために診断を見逃したりくれたりしてしまった、などの例が最も分かりやすいかもしれない。

2020年までは、この前者にとくにフォーカスが当てられ、その分析と改善策が議論されてきたが、2021年より、この前者の部分はそのままに、後者（総称して状況性situativityと呼ぶ）についても研究とその具体的なアクションの必要性が重視されるに至ってきた。2022年の現時点において、このような包括的な概念の把握とこれを基にした診断エラーの会費を実装することは、どの診療科においても、どの職種においても、大変重要度が高いことと考えられる。本セッションでは、このような背景を改めて概観し、明日から実用できる診断エラーを、2022年に提唱された診断の卓越Diagnostic Excellenceに転化させるための要点について考察したい。

略歴 志水 太郎（しみず たらう）

2005年愛媛大学医学部卒業。江東病院初期研修、市立堺病院後期研修、米カリフォルニア大学サンフランシスコ校、練馬光が丘総合診療科、米ハワイ大学内科、東京城東病院総合内科を経て、2016年より獨協医科大学。2018年より同学総合診療医学講座。専門は診断戦略学。著書に『診断戦略』（医学書院）など。Diagnosis (De Gruyter)、BMJ Case Reports (BMJ) 編集委員。医学博士、公衆衛生学修士、経営管理学修士。

主治医の見過ごし・勘違い ～より正しい診断や適切な治療に近づくために出来ること～

○内田 裕之

慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室

正確な診断や治療のためには、患者と医師の正しい情報の共有がとても大切です。しかし、医師が患者の症状・副作用を正しく把握していないことは少なくありません。また、患者が医者に情報を伝えていないこともあります。さらに医師が正しく把握している”つもり”だったり、患者が情報を伝えている”つもり”だったりすることも多いようです。こうした”すれ違い”に関して演者はこれまでいくつか調査を行いました。その結果によると、診断、副作用、薬の量や種類の希望、酒の使用をはじめ、治療をスムーズに進めるために必要なさまざまな情報について、患者さんと医師の間には多くの”すれ違い”がありそうです。どのようにしたらこの”すれ違い”を減らすことが出来るのでしょうか？これまでの研究成果や演者自身の経験をもとに、具体的な方法をご紹介します。

略歴 内田 裕之(うちだ ひろゆき)

平成10年慶應義塾大学医学部卒業、平成10年同医学部精神・神経科入局、平成18年同医学部博士課程修了、博士号取得、平成18年トロント大学医学部精神科、平成21年慶應義塾大学医学部精神・神経科、現在に至る。

【主な業績】

国際神経精神薬理学会優秀発表賞、日本統合失調症学会学術奨励最優秀賞など受賞
統合失調症・気分障害の薬物治療に関する論文発表
Pharmacopsychiatry、Psychiatry and Clinical Neurosciencesなどの編集委員

脳神経内科医からみた精神神経症状 - 神経疾患との関わりを含めた考察

○鈴木 圭輔

獨協医科大学 内科学(神経)

幻覚、妄想などの精神神経症状と神経疾患には密接な関連があり、疾患の診断に寄与する重要な症状である。鮮明な幻視はレム睡眠行動障害(RBD)やパーキンソン症状とともにレビー小体型認知症に早期からみられる特徴である。夜間の異常行動をきたす孤発性RBDはパーキンソン病やレビー小体型認知症を発症する前からも軽微な幻視がみられる。一方、認知機能障害のないシャルル・ボネ症候群でも鮮明な幻視が特徴である。日中過眠を主徴とするナルコレプシーでは、通常就寝して80-100分後に生じるレム睡眠が、睡眠直後に侵入することにより入眠時幻覚を生じる。抗NMDA受容体脳炎では急性期に幻覚妄想、興奮をきたし、その後不随意運動や呼吸障害を呈するため注意を要する。肢切断後に生じる幻肢には脳の感覚地図の再配置が考えられている。本講演では脳神経内科医からみた精神神経症状に関して神経疾患との関わりを含めて考察したい。

略歴 鈴木 圭輔(すずき けいすけ)

2001年3月	獨協医科大学医学部医学科卒業
2001年5月-2003年3月	獨協医科大学神経内科 臨床研修医
2003年4月	獨協医科大学大学院内科学(神経) 専攻
2007年3月	獨協医科大学大学院内科学(神経) 修了. 学位(医学博士) 取得
2007年4月	獨協医科大学内科学(神経) 助教
2007年4月-2008年3月	獨協医科大学越谷病院内科 助教
2008年4月-2010年3月	Department of Investigative Medicine, Section of Investigative Science, Imperial College London, UK
2010年4月-	獨協医科大学内科学(神経) 助教
2012年5月-	獨協医科大学内科学(神経) 講師
2017年4月-	獨協医科大学内科学(神経) 准教授
2020年4月-	獨協医科大学内科学(神経) 教授

児童思春期のうつ・不安症状の評価

○宇佐美 政英

国立国際医療研究センター 国府台病院

演者は大学卒業後にそのまま母校の精神科医局に入った。そこでは大うつ病への治療が盛んに行われていた。その後に児童精神科医療の現場へと移ったわけだが、研修医時代に学んだような大うつ病と診断される児童にはほとんど出会ったことがない。もちろん、児童・思春期のうつ病が抑うつ気分よりも苛々や焦燥感が目立つことがあることも含めてである。

一方で、思春期の子どもたちは驚くほど簡単に「死にたい」、「やる気が出ない」、「自分はやってもダメだ。負け組だ」、「不安で仕方がない」、「トラウマだ」などと極めて低い自己評価とともに抑うつ気分や不安を吐露してくる。一方で、そのように話したかと思えば、好きな動画サイトを見て大笑いしていることも経験する。このような評価の難しさは、年齢的な言語能力も相まって、うつ症状と渾然一体となって現れる不安においても同様であろう。児童精神科として日々の臨床をしているとこれら抑うつ症状の問題と同じように不登校の問題にも多く接することがあり、彼ら・彼女らは「頭痛い」、「お腹痛い」といった身体症状として現れてくることもあれば、「学校が不安だ」、「友達に何か言われたらどうしよう」と訴えるもある。

私たち臨床医たちは、この背景に潜んでいる発達歴と学校や家族を含めた環境要因の評価、そして子ども精神発達の理解が児童思春期の抑うつ感や不安感を理解するための重要だと考えている。特に思春期の自立を巡る葛藤から生じる将来への不安から、多くの子どもたちは抑うつ的になり、その不安感を訴えることがあるが、それらを安易にうつ病や不安症と判断すべきではないだろう。特に、精神運動発達、認知、社会性、情緒の発達に関する情報(神経発達症の評価も含めて)や家庭や学校の生活の情報(家族関係、学業、転校、いじめなど)やさまざまな逆境体験も評価して他の精神疾患も鑑別しておくべきである。

何よりも臨床医にとって大事なことは、児童・思春期のうつ・不安症状を適切に評価することであり、そのためにも成人期のうつ病や不安症の典型的な病態を理解していることが、児童思春期の病態を見抜く慧眼となるだろう。

略 歴 宇佐美 政英 (うさみ まさひで)

1999年3月 山梨医科大学医学部卒業
1999年5月 山梨医科大学精神神経科入局
2001年6月 国立精神・神経センター国府台病院 児童精神科レジデント
2003年7月 国立精神・神経センター国府台病院 児童精神科医師
2009年4月 国立国際医療センター国府台病院 児童精神科医師
2010年4月 独立行政法人 国立国際医療研究センター国府台病院 児童精神科 医師
2013年3月 北里大学大学院医療系研究科発達精神医学 卒業
2015年4月 国立研究開発法人 国立国際医療研究センター国府台病院 児童精神科医師
2016年4月 国立研究開発法人 国立国際医療研究センター国府台病院 児童精神科診療科長、
心理室長、臨床研究相談室長
2019年4月 国立研究開発法人 国立国際医療研究センター国府台病院
子どものこころ総合診療センター長・児童精神科診療科長、心理室長、臨床研究相談室長

【現職】

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター国府台病院
子どものこころ総合診療センター長、児童精神科診療科長、心理室室長、臨床相談室室長

【学歴】

山梨医科大学医学部 卒業
北里大学大学院医療系研究科発達精神医学 卒業

【専門】

児童思春期精神医学

【資格等】

精神保健指定医
日本精神神経学会 専門医・指導医
日本児童青年精神医学会 認定医・代議員
子どものこころ専門医

【受賞歴】

国立国際医療研究センター第4回箱根山奨励賞
日本児童青年精神医学会 平成25年度研究奨励賞
第580回千葉県下国立病院定例連合研究会優秀賞

【所属学会】

日本精神神経学会
日本児童青年精神医学会 代議員
日本ADHD学会 理事
日本うつ病学会
日本思春期青年期精神医学会

現代精神科診断学の基礎知識

○北村 俊則

北村メンタルヘルス研究所

従来の精神科病理学は、症状(症候)学と診断(疾患)分類学から構成されていました。20世紀半ばごろに統計学的手法が導入され精神病理学が数値で検討されるようになりました。その結果、症状(症候)学は複数の症状の因子分析で、診断(疾患)分類学はクラスター分析やタクソメトリーで検討されるようになったのです。こうした技法の理解と習得は、現在の精神科診断学の研究発表を吟味し臨床に生かす際に、そして自身が診断学の研究を行う上で、不可欠のものとなっています。

精神症状の評価が数値で行われる(例えば BPRS、ハミルトンうつ病評価尺度、HADSなど)と、そのデータは探索的因子分析にかけられます。探索的因子分析では因子数は任意に設定できます(例:1因子構造、2因子構造、3因子構造・・・)。そこでこれらの因子モデルの良否を比較するには、各モデルに確認的因子分析を行い、その適合度指標が最も良いものを選びます。それでもベスト因子モデルの comparative fit index (CFI) が 0.95 に届かない場合は、項目のパーセル化や bifactor model の検討を行います。最終モデルの内的整合性(信頼性)は(古典的テスト理論に合致したモデルでない限り)オメガ係数で評価します(アルファ係数は不可です)。Bifactor model では複数因子行動と単一因子構造の優劣についても検討します。次に、ベストモデルが複数の属性間(例:男性対女性)や複数の測定時点間(例:初診時対治療開始4週間後)でも同一の因子であることを確認するため、配置不変性・測定不変性・構造不変性を多母集団同時解析を行います。最後に、他の外的指標との関係を見ることで、症状構造モデルの構成概念妥当性を確認します。

診断(疾患)分類学は対象患者をいくつかの範疇(カテゴリー)に分ける作業です。そもそも他の群(コンプリメント)と質的に峻別できるカテゴリー(タクソン)があるのか、あるいは臨床像は軽症から重症までのなだらかなカーブの上に各患者が位置するような次元性の減少であるのかが検討されます。これがタクソメトリーです。タクソメトリーで次元性が確認できれば、そもそも「精神疾患」の存在が否定されることになります。もし範疇があるならいくつかの範疇があるのか、どこで区切られるのかを見るのがクラスター分析です。クラスター分析(hierarchical cluster analysis, k-mean method, 2-step cluster analysis)ではシルエット指標を用いてベストクラスターが確認されます。精神の「正常・異常」を見極めるポイントとのなります。病的クラスターを見出すためのスクリーニング調査票の良否は receiver operation curve (ROC) を描き、area under curve (AUC) の広さで判定します。適正な区分点設定もこの手法で行います。なお、タクソメトリーについては本学会のシンポジウムで具体的な説明があります。

教育講演では上記の様々な概念をわかりやすく説明し、架空例を提示してデータの読み方にも触れます。

略歴 北村 俊則(きたむら としのり)

慶応義塾大学医学部卒業 慶応義塾大学病院(精神神経科)、東京武蔵野病院、英国バーミンガム市オールセイイツ病院、国立精神・神経センター精神保健研究所を経て、熊本大学大学院生命科学研究部教授(臨床行動科学分野・こころの診療科)教授 ワシントン大学医学部(米国セント・ルイス)客員教授、いくつかの国際専門誌の編集委員 英国精神医学会会員およびフェロウ

【現職】

北村メンタルヘルス研究所所長
こころの診療科きたむら醫院院長
北村メンタルヘルス学術振興財団代表理事

純粋精神医学の思想 精神医学における疾患とは — 精神障害の分類と診断について —

○古茶 大樹

聖マリアンナ医科大学 神経精神科

筆者は伝統的精神医学に基づく臨床の実践を「純粋精神医学」と呼んでいる。ここでいう伝統的精神医学とは、DSM分類以前のわが国に精神医学の礎として受け入れられてきたものでドイツ・ハイデルベルク学派の思想のことである。圧倒的とも思われたDSM分類だが、ここにきて疑問や批判の声が上がり始めている。とくに精神障害の原因追求をミッションとする生物学的精神医学からの深刻な問題提起により、精神医学は混迷の度合いを深めている。そのような混乱の軌道修正に一役買うのは、もしかすると「純粋精神医学」の思想なのかもしれない。

精神医学と身体医学との違いを見失わないように注意しながら、「あらゆる精神障害は疾患的か」という問いを出発点に、精神医学における疾患の定義、了解概念、理念型、三群の分類、そして四つの臨床診断について論ずる。以下に要約する。

- 精神障害には疾患的であるものと疾患的ではないものがあることを前提とする
- 疾患の定義は、一つは身体医学と共通する存在概念を当て、それが当てはまらない場合には精神医学固有の了解概念(生活発展の意味連続性)に依る
- 分類体系には疾患単位と類型が混在している
- 疾患的である精神障害には身体的基盤が明らかなもの(器質性・症状性・中毒性精神病)と身体的基盤が要請されているもの(内因性精神病)とがある
- 類型は形而上の水準で提唱されたもので、全てが形而下にある身体医学の類型と本質的な違いがある
- 様々な類型は理念型である
- 疾患的ではない精神障害の類型は社会的価値と結びついている
- 精神医学で使われる診断には、身体医学と共通する鑑別診断、精神病であるか否かの鑑別「診断」、内因性精神病領域の鑑別類型学、疾患的ではない精神障害についての純粋な類型学がある

略歴 古茶 大樹(こちゃ ひろき)

1986年3月 慶應義塾大学医学部卒業
 1986年4月 慶應義塾大学医学部 精神・神経科入局
 横浜市立市民病院(神経内科・精神科)
 桜ヶ丘記念病院(認知症専門病棟・専門外来)
 慶應義塾大学精神・神経科助手を経て、
 2000年1月 東京医療センター 精神科
 2001年4月 同医長
 2008年4月 慶應義塾大学医学部精神・神経科専任講師
 2016年1月 聖マリアンナ医科大学神経精神医学講座主任教授

遺伝医学から見た精神科診断

○金沢 徹文

大阪医科薬科大学

自然科学は分類学を基盤に発展してきた。スウェーデンの博物学者カール・フォン・リンネによる階層分類は、類似性をもっている種同士を一つにまとめグループ化し、より基本的な類似性を持つグループをより高次のグループにするといった方法論である。しかしながら、遺伝子が明らかにした事実のいくつかは、われわれが生物界を分けるそのやり方に異を唱えている。

精神医学もその範に沿い、「見た目の」診断学に基づいた研究が進められてきたが、昨今報告される結果からは各種の精神疾患の相同性が強く示唆されることが多くなっている。今回のセミナーではこういった背景を紹介しながら、精神科における診断とは？について考察したいと考えている。

略歴 金沢 徹文 (かなざわ てつふみ)

大阪医科薬科大学神経精神医学教室 教授

平成12年3月 大阪医科大学 卒業

平成15年4月 大阪医科大学大学院医学研究科 博士課程 入学

平成17年9月 University of California, San Diego, Psychiatry
Department, Visiting Fellow

平成19年1月 同上 帰国

平成19年3月 大阪医科大学大学院医学研究科 博士課程単位所得退学

平成20年7月 博士(医学)の学位を授与さる(大阪医科大学)

平成19年4月 豊済会 小曽根病院勤務

平成19年4月 大阪医科大学 非常勤医師(神経精神医学教室)

平成21年5月 豊済会 小曽根病院退職

平成21年5月 大阪医科大学 非常勤医師(神経精神医学教室) 辞退

平成21年6月 大阪医科大学 助教(神経精神医学教室)

平成24年4月 大阪医科大学 講師(神経精神医学教室)

平成29年3月 Principal Fellow with the Title of Associate Professor,
Department of Psychiatry at The University of Melbourne
Principal Fellow with the Title of Associate Professor,
The Florey Institute

平成30年4月 大阪医科大学 講師(神経精神医学教室)

令和 2年4月 大阪医科大学 教授(神経精神医学教室)

滋賀医科大学 客員教授

精神科治療学 編集委員

【専門】

精神科遺伝学

職場におけるプレゼンティズム改善のための方策 ～うつ病、認知機能、睡眠、生活リズムの関与と トリンテリックスへの期待～

○井上 猛

東京医科大学 精神医学分野

職場における欠勤・休職はアブゼンティズム、出勤しているが労働遂行能力が低下している状態はプレゼンティズムと呼ばれる。近年プレゼンティズムが注目され、その実態解明と対策が急務となっている。これまでの研究ではうつ病、認知機能、睡眠の問題、生活リズムがプレゼンティズムに影響し、さらにこれらの因子が相互作用することが明らかになっている。我が国におけるうつ病におけるプレゼンティズムによる損失は年間1534億円と試算されており、職場におけるプレゼンティズムの改善のために多因子を考慮した多角的な方策が必要である。本講演では、プレゼンティズムに影響する因子とそれらの相互作用についての最近の研究を紹介し、プレゼンティズム改善のための方策について考えたい。プレゼンティズム改善のためにトリンテリックスの果たせる役割や期待について、認知・社会機能の視点からも合わせて考えたい。

略歴 井上 猛 (いのうえ たけし)

昭和59年 3月 北海道大学医学部医学科卒業
 昭和59年 6月 北海道大学医学部附属病院医員 (研修医)
 昭和60年 7月 市立小樽第二病院精神科勤務
 昭和62年 7月 北海道大学医学部附属病院医員
 平成 元年 8月 市立室蘭総合病院祝津分院精神科勤務
 平成 元年12月 北海道大学医学部附属病院医員
 平成 5年 4月 北海道大学医学部附属病院助手
 平成12年11月 北海道大学医学部附属病院講師
 平成15年10月 北海道大学病院講師
 平成24年 9月 北海道大学大学院医学研究科精神医学分野准教授
 平成25年 2月 北海道大学病院精神科神経科診療教授兼務
 平成27年 5月 東京医科大学病院メンタルヘルス科 科長
 東京医科大学精神医学分野 主任教授
 平成27年 9月 東京医科大学病院認知症疾患医療センター副センター長兼務
 現在に至る

統合失調症における適切なドパミン受容体遮断 - そしてAMPA受容体研究の紹介

○内田 裕之

慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室

抗精神病薬は、統合失調症治療において中心的な役割を担っており、急性期のみならず、維持期においても再発防止を目的に服薬を継続する必要がある。抗精神病薬の副作用の1つである錐体外路症状は、脳内のドパミンD₂受容体が抗精神病薬によって80%以上遮断されると生じやすいことが報告されている。また、これまでの研究から、急性期の統合失調症患者では、ドパミンD₂受容体占拠率が60～65%を下回ると治療効果が得られにくいことも分かっている。こうした知見に基づき、脳内のドパミンD₂受容体の65～80%を占拠した状態を持続させることで安定した治療効果が得られると考えられる。そして、抗精神病薬はこの占拠率65～80%をセラピューティックウィンドウ（治療の窓）として用量・用法が設定されている。ただし、これは急性期の話である。急性期治療においては、ドパミンD₂受容体占拠率65～80%を治療の窓とすることは適切だと考えられるが、治療維持期において、抗精神病薬の服用が長期にわたると、ドパミンD₂受容体の感受性が高まり、効果の減弱、精神症状の悪化を来す、いわゆるドパミン過感受性精神病が生じやすくなるかもしれない。また、ドパミン過感受性が遅発性ジスキネジアと関連している可能性もある。

この問題を解決するために有用だと考えられるのが、次の2つの戦略である。第一に、投与間隔を延ばすことで、トラフ値は低下するが、定期的にドパミン受容体を遮断することから、ドパミン過感受性が生じにくく、効果も持続し、遅発性ジスキネジアが起りにくくなると考えられる。つまり、生理的なドパミン伝達を完全に遮断しない、すなわち抗精神病薬が脳内に残っている時期があるため、ときに生理的なドパミン伝達が行われることで、ドパミン過感受性精神病的発症を抑制できるのではないかと期待される。第二に、総投与量を減らすことが可能になることがあげられる。こうした戦略に言及しながら、より安全な薬物治療について考える機会としたい。

最後に従来のモノアミン仮説を超えた最近の研究の取り組みについて紹介する。

略歴 内田 裕之（うちだ ひろゆき）

平成10年慶應義塾大学医学部卒業、平成10年同医学部精神・神経科入局、平成18年同医学部博士課程修了、博士号取得、平成18年トロント大学医学部精神科、平成21年慶應義塾大学医学部精神・神経科、現在に至る。

【主な業績】

国際神経精神薬理学会優秀発表賞、日本統合失調症学会学術奨励最優秀賞など受賞。

統合失調症・気分障害の薬物治療に関する論文発表。

Pharmacopsychiatry、Psychiatry and Clinical Neurosciencesなどの編集委員。

メンタライゼーション理論から紐解く 境界性パーソナリティ障害の病態

○池田 暁史

大正大学心理社会学部 臨床心理学科

境界性パーソナリティ障害 (borderline personality disorder; BPD) には2つの概念的起源がある。ひとつは精神分析／力動精神医学の流れである。Freud, Sが1900年に精神分析を世に問うて以降、比較的早い段階から、分析家が神経症と見立てて治療に導入したものの、経過中に(主として一過性の)精神病症状を呈する患者がいることが明らかとなった。これらは境界群や境界状態と呼ばれるようになる。

もうひとつは、統合失調症診断の精緻化を目指す流れである。神経症症状が中心の患者の中に精神病機制を見出し、その一群を統合失調症として積極的に取り出していく視点といえる。潜伏性精神病や偽神経症性統合失調症といった概念が、これらに相当するが、これは境界線を引くことで概念の曖昧さを排除していく試みである。

結局、偽神経症性統合失調症の患者のほとんどは統合失調症に移行しないという長期予後研究などもあり、こうした状態を統合失調症の一部としてではなく、ひとつの臨床単位と看做した方が合理的だという考えが1950年代から60年代の米国を中心に確立した。そして、自我脆弱性を背景にした自己像や対人関係の不安定さ、一過性の精神病症状を呈する境界例という一群が確立した。

1980年にDSM-3が刊行されるとき、境界例概念は、精神病的色彩が強い統合失調型パーソナリティ障害と、対人関係の障害が目立つBPDとに発展的に解消された。BPDの症候的特徴を要約すると、①不安定な関係性、②情動調節障害、③破壊性／攻撃性、および④精神病症状ということになる。この概念は、現在に至るまで継続して用いられている。

こうした従来のBPD理解に新たな視点を提供したのが、Fonagy, P. らによるメンタライゼーション理論である。メンタライゼーション理論は、精神分析を背景に、愛着(アタッチメント)理論、神経科学などの知見を積極的に取り込んで、BPDに対する見方を精緻化していった。彼らは、BPDの症候的特徴を、①情動調節の障害、②注意の制御の障害、③覚醒システムの障害、および④メンタライゼーションの障害、という4つの観点で再定義した。

本講演では、愛着研究や神経科学研究の所見を踏まえて、メンタライゼーションからみたBPDの特徴について紹介する。

略歴 池田 暁史 (いけだ あきふみ)

1999年東京大学医学部卒業。東大病院精神神経科入局。以後、杏林大学医学部精神神経科学教室、文教大学人間科学部を経て、2022年より大正大学心理社会学部臨床心理学科教授。また2017年より東京・恵比寿で個人開業。精神分析家。

著訳書に『メンタライゼーションを学ぼう』(単著・日本評論社)、『精神療法トレーニングガイド』(共編著・日本評論社)、ギャバード『精神力動的な精神療法—基本テキスト』(訳書・岩崎学術出版社)など。近刊はギャバード&クリスプ『ナルシズムとその不満』(訳書・岩崎学術出版社)。

うつ病の診療で我々が克服していかなければいけないことは？ ～うつ病のアンメットメディカルニーズを考える～

○菊地 俊暁

慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室

うつ病診療では、患者の病状を正確に捉えて診断し、治療的な介入を行っていく。しかし標準的な診療を行なったとしても、必ずしも全ての患者が長期に安定するわけではなく、症状の残存や、再燃・再発といった問題が生じてしまう。さらに症状が改善得られても十分な日常生活機能に至らず、結果的に社会生活が不安定となる例も少なくない。その背景にはうつ病診療が抱えるいくつかの課題が垣間見える。

例えば診断において、DSM-5を用いた評価者間一致度は $\kappa=0.28$ と低く、診断精度が高くないことがフィールドトライアルで明らかとなった(Regier DA, 2013)。さらに診断の信頼性だけでなく、重症度評価も妥当性や再現性に問題があることが指摘されている(Williams JBW, 1988)。

治療においては、前述した寛解率の低さや残存症状、機能回復の困難さだけでなく、治療の目標というゴール設定自体にも議論が展開されている。重症度の改善やQOL、満足度を含めた臨床医の観点から設定された治療目標に加え、より個人の体験に根ざした、患者の視点で設定されたゴールについても考えなければならない。

本講演では、うつ病臨床における診断や治療など、多岐にわたるアンメットメディカルニーズについて、個別化・均てん化・可視化・効率化、という4つのキーワードを元に考えてみたい。

【参考文献】

Regier DA, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. Am J Psychiatry 2013; 170: 59-70.

Williams JBW, et al. The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) reliability description of sites. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 630-6.

略歴 菊地 俊暁(きくち としあき)

2001年に慶應義塾大学医学部卒業後、精神神経科学教室へ入局。

桜ヶ丘記念病院、慶應義塾大学医学部研究科博士課程を経て、コロンビア大学精神科に留学。帰国後、杏林大学医学部精神神経科学教室講師、国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)脳と心の研究課主幹。2018年より現所属へ帰局し、2020年より同専任講師。

【所属学会】

日本精神神経学会、日本認知療法・認知行動療法学会、日本臨床精神神経薬理学会 他

【専門】

うつ病の認知行動療法をはじめとした治療最適化、等

精神疾患の連続性を踏まえた個別化医療 -Diseasomeの観点から

○尾崎 紀夫

名古屋大学大学院医学系研究科 精神疾患病態解明学

先日、学会のシンポジウムで「診断が次々に変わるのとは何かならないか」との発言が、シンポジストの一人である当事者からあった。診断は当事者にとって切実である。

現行の診断が依拠する症状に関して、精神疾患間で重複していることは稀ではないが、例えば睡眠障害は極めて精神疾患横断的である。臨床的には患者の主観的な訴えに基づいて睡眠障害の有無を判断するが、睡眠ポリソムノグラフ検査(PSG)等により客観的に捉えることが可能である。我々がうつ病・双極性障害のうつ病エピソード患者を対象に、主観的な睡眠時間とPSGで測定された睡眠時間の乖離、即ち睡眠状態誤認、特に中途覚醒(WASO)誤認について検討したところ、患者のWASO誤認は抑うつ状態の程度や合併する睡眠時無呼吸症候群(SAS)の重症度等と関係していた。精神疾患患者には、SASが高率に合併し、必ずしもイビキを自覚していない、不眠や過眠を主訴とする患者にもSASの合併は多かった。このSASは心循環系疾患や耐糖能異常のリスクにもなり得る。

病態レベルでは、精神疾患横断的に全ゲノムにわたりゲノムコピー数変異(CNV)の探索を実施した結果から、複数のCNVは疾患横断的なリスクであること、各リスクCNVから推測した病態パスウェイが疾患間で重複していることを報告した。また多くの精神疾患は認知症発症のリスクだが、睡眠中に活性化する脳内の老廃物除去系であるグリンファティックシステムが睡眠障害により正常に作動しない結果とも考えられ、現在検討中である。

一昨年、40年にわたるDunedin Birth Cohort研究の結果が発表され、精神疾患間の診断移行が生じることが改めて確認され、全ての精神症状に影響を与えるp factorを筆者らは主張している。医学会全体としてはゲノムを含むオミックス解析技術の進展により、従来の表現型の類似性による疾病分類から分子病態による疾患分類体系の再構築、即ちDiseasomeから個別化医療の実現が提唱されて久しい(N Engl J Med 2007)。

本講演では、精神疾患の連続性を踏まえた個別化医療について検討することにする。

略歴 尾崎 紀夫 (おざき のりお)

1982年、名古屋大学医学部卒業。社会保険中京病院研修医、名古屋大学病院精神科、中部労災病院精神科勤務を経て、米国・国立精神保健研究所にて5年間勤務。帰国後、藤田保健衛生大学医学部精神医学教室講師、同教授を経て、2003年、名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野・親と子どもの心療学分野教授、2018年、同大学医学部附属病院ゲノム医療センター長、2019年、同大学脳とこころの研究センター長、2022年、同大学医学系研究科精神疾患病態解明学特任教授となり現在に至る。

不眠・うつ等のメンタル診療におけるピットフォール、 そのリスクマネジメントについて

○田邊 昇

中村・平井・田邊法律事務所 弁護士・医学博士・MBA

不眠・うつ状態に対しての治療は、ときとしてさまざまな事故を生む。その結果、処方医が法的責任を追究される場合もある。

今回の講演は、法律上の損害賠償請求権の根拠をわかりやすく条文をあげて解説し、いくつかの裁判例を通じて医療裁判のリアルをお話していく。

不眠の話であるが、ランチョン講演のお弁当を食べて眠くならないようお話したいと思っている。

略 歴 田邊 昇 (たなべ のぼる)

昭和59年 名古屋大学医学部卒業
 昭和59年～ 東京都立駒込病院臨床研修医
 昭和60年～平成 元年 名古屋大学大学院第1内科学大学院
 平成 元年～平成 2年 国立名古屋病院臨床研究部医師
 平成 2年～平成 5年 厚生省(健康政策局総務課課長補佐・国立循環器病センター企画室長等)
 平成 5年～平成24年 国立大阪病院皮膚科医師、医療法人今心会理事・田邊皮膚科外科院長～理事長
 平成 5年～平成 7年 東京大学法学部(公法専攻 卒業)
 平成 7年～平成10年 京都大学大学院法学研究科(不法行為専攻 修了)
 平成11年～平成13年 神戸大学大学院経営学研究科(市場科学専攻 修了)
 平成11年 司法試験合格。最高裁判所司法修習生を経て弁護士に
 現在 中村・平井・田邊法律事務所弁護士

【過去の公職等】

平成16年～平成20年 国立京都工繊大地域共同研究センター客員教授
 平成20年～平成24年 京都簡易裁判所民事調停官(非常勤裁判官)
 平成26年～平成27年 厚労省医療事故調査制度の施行に係る検討部会
 平成15年～令和 元年 国立(のちに(独)、(研)循環器病研究センター倫理委員会委員・委員長

【現在の公職(所属委員会)】

(研) 国立循環器病研究センター病院倫理委員会・利益相反委員会・特定認定再生医療等委員会
 (研) 国立医薬基盤・健康・栄養研究所倫理審査委員会・特定認定再生医療等委員会
 (独) 国立病院機構臨床研究中央倫理審査委員会・本部臨床研究審査委員会・本部研究利益相反委員会・中央認定再生医療等委員会
 (学) 大阪医科大学健康科学クリニック倫理委員会
 (大) 国立大学法人滋賀医科大学臨床研究審査委員会・特定臨床研究倫理審査委員会・特定認定再生医療等委員会
 滋賀県立病院経営協議会委員
 日本弁護士会医療ADR特別委員会幹事
 大津市民病院倫理委員会
 滋賀県病院経営審査委員会

【学位・専門医等】

医学博士 法学修士 経営学修士(MBA)
 日本内科学会総合内科専門医
 日本血液学会専門医
 日本体育協会公認スポーツドクター

【著書等】

講演 約960件
 論考・論文等 450件
 単著単行本(その他共著多数)
 医療訴訟とリスクマネジメント 医療文化社 2008
 The 判例 中外医学社 2015
 外科系医師が知っておきたい法律の知識 洋學社 2016
 判例 ザ・リアル 洋學社 2017
 医師・病院関係者のための民法(債権法総論)入門 中外医学社 2022

抄 錄

一般演題 1 - 4

子どもの精神病リスク早期スクリーニング・システム CPSSの有用性検証

○濱崎 由紀子^{1,5}, 阪上 由子², 松尾 雅博³, 眞田 陸³,
中山 貴夫¹, 道越 秀吾¹, 上羽 智子⁴, 疋田 貴俊⁶

¹京都女子大学 現代社会学部, ²滋賀医科大学医学部 小児科学講座, ³滋賀医科大学医学部 精神医学講座
⁴済生会守山市民病院 小児科, ⁵医療法人藤樹会 滋賀里病院, ⁶大阪大学 蛋白質研究所 高次脳機能学研究室

【背景】

前精神病状態の子どもたちの訴えは身体面で多彩に変化し、小児科で長期間フォローされた後に精神科受診に至るケースが少なくない。発表者らは先行研究において統合失調症患者の児童期心理行動特性を遡及的調査により明らかにし、この特性パターンをアルゴリズムに組み込んだ「子どもの精神病リスク早期スクリーニング・システムCPSS」を開発した(Hamasaki et al. BMC Psychiatry 2021)。

【目的】

当該研究では実際にCPSSを用いて小児科・精神科外来患者の精神病発症リスク同定を試みた。

【方法】

大学病院および市中病院の小児科・精神科を受診する6～18歳の外来患者336人(小児科216人、精神科120人)を対象にCPSS(CBCLデータをもとに精神病発症リスクを算出)、診療録臨床データ(性別、年齢、冬季出生、主訴、診断名、虐待、いじめ、ひきこもり)を用いて疫学研究を行った。まず診断カテゴリー別にCPSSリスク指標の分散分析を行い、各診断における特異性を検討した。統合失調症スペクトラム障害の発症をアウトカムとしてROC解析を行い、CPSSの予測能とカットオフ値を求めた。そのカットオフ値を超えるリスク群と関連する諸要因を明らかにするために各臨床データを用いて横断的ロジスティック回帰分析を行った。なお当該研究は京都女子大学および滋賀医科大学の倫理委員会の承認を得て行われた。インフォームド・コンセントおよびアセントを得て、対象者のプライバシーや個人情報の保護に十分な配慮を行った。

【結果】

ROC解析の結果、AUC(Area Under the ROC Curve)は0.853(95%CI: 0.774-0.931)であり、CPSSは中等度の予測能を持つことが示された。カットオフ値はCPSSリスク98.1%(感度: 0.909、特異度0.840)であり、対象の18.3%(小児科12.5%、精神科29.1%)はこの値を超えてリスク群と同定された。横断的ロジスティック回帰分析の結果、統合失調症診断、虐待、冬生まれ、ひきこもりはリスク群と関連しており、それぞれのオッズ比は52.44、0.10、1.91、1.45であった。身体的主訴のある・なしはリスク群とは関連していなかった。

【考察】

当該研究の結果からCPSSを精神病リスク早期発見のために小児科臨床で応用できる可能性が示された。身体的主訴をともなつて小児科を訪れる患者のなかにも少なからずリスク群は存在しており、これは精神病初発患者において小児科長期通院歴が稀ではないことと合致する。これまで精神病前駆期を児童期まで遡って捉えることはされてこなかったが、子どものサブクリニカルな心理行動特性からリスク群を同定することができれば発症臨界期早期への予防的介入が可能となるかもしれない。

口頭質問のみで実施可能なMMSE下位項目を利用した 認知症スクリーニング

○東 徹¹, 中野 明子²

¹藍野花園病院, ²藍野病院

【背景】

認知症の人は、検査を受ける必要性が理解できないため、診断が遅れ、適切なサポートが得られない状態が続くことが多い。放置するとより生活は困難になるため、周囲による早期発見、早期介入が重要となる。

MMSEは最も一般的に行われている認知症のスクリーニング検査である。比較的簡便ではあるが、医師、心理士など専門職による実施が必要であり基本的に病院で行う必要がある。病識の乏しさから本人が受診を拒否するなど、検査を受けること自体が困難である。

認知症が疑われるが病院を受診できない場合、自宅を訪問することもある。その際にMMSEを実施しようとしても、場所見当識を問う項目は自宅では正しく判定できない。また、読字や用手的操作、図形描写に紙を使用するため、視覚障害、書字困難、上肢麻痺などがある場合、実施できない項目がある。そのためMMSEは必ずしも実施できないことが多い。

認知症スクリーニング検査としては他にMini-Cog、MoCAなどもある。Mini-Cogは実施時間が短く済むという利点はあるが、時計描写が必要であり、口頭質問以外の道具が必要なため、視覚障害、上肢麻痺があると実施できない。MoCAも同様に実施は容易ではない。

そのため、より簡便かつ汎用性の高いスクリーニング検査が必要である。今回、口頭質問のみで実施可能なMMSE下位項目を利用して、認知症スクリーニングが可能かを検討したので報告する。

【方法】

2021年6月から2022年3月までに藍野病院の物忘れ外来でMMSEを実施された392名のうち、MMSE合計点数が20点以上であった111名の下位項目の点数を調べた。その中で、場所見当識以外の口頭質問のみで実施できる項目、すなわち、即時再生、時間見当識、計算、遅延再生、復唱の各項目点数、その合計点数(以下、口頭質問点数)と、MMSE合計点数の相関性を調べた。検定にはスピアマンの順位相関係数を用いた。

臨床診断に基づき、認知症診断の感度、特異度がそれぞれ90%を超える口頭質問点数のカットオフ値を求めた。プライバシーに関する守秘義務を遵守し、匿名性の保持に十分な配慮をした。

【結果】

認知症と診断されたのは66名であった。MMSE合計点数との相関係数は、即時再生 0.20、時間見当識 0.74、計算 0.53 遅延再生 0.66。復唱は全員正答したため計算不能であった。口頭質問点数との相関係数は0.95、復唱を除く4項目の合計でも同値であった。

口頭質問点数のカットオフ値を15/16点とすると感度95.6%、11/12点とすると特異度97.0%となった。

【考察】

口頭質問点数はMMSEの合計点数と極めて相関性が高く、復唱を除く4項目の点数のみでもMMSE合計点数と相関性が高いことがわかった。また、口頭質問点数は、16点以上では認知症の可能性は低く、11点以下では認知症である可能性が高いことが推測できるため、スクリーニング検査として利用できる可能性が高いことがわかった。

01-3

成人期における診断閾値以下の注意欠如/多動症傾向及び自閉症傾向と、 Large Scale Brain Networkの機能的結合の関連について —探索的検討

○平田 りさ¹, 義村 さや香^{1,2}, 小林 圭¹, 植野 司¹, 柴田 真美¹,
安藝 森央¹, 宮城 崇史¹, 大石 直也⁶, 村井 俊哉¹, 藤原 臨^{1,3,4,5}

¹京都大学医学部附属病院 精神神経科, ²京都大学医学研究科 人間健康科学系専攻 先端作業療法学講座,
³京都大学大学院医学研究科 脳病態生理学講座, ⁴理化学研究所 革新知能統合研究センター 人工知能倫理・社会チーム,
⁵大阪大学 社会技術共創研究センター 総合研究部門, ⁶京都大学大学院医学研究科 メディカルイノベーションセンター

【背景】

注意欠如/多動性障害 (ADHD) と自閉症スペクトラム (ASD) は、併存が多いことが知られ、二疾患に共通する症候として不注意症状があるが ADHD と ASD いずれを背景とするものか判断が困難な場合も多い。ADHD は注意の保持、ASD は選択的注意に問題があるなど、両者の間での不注意症状のあり方の差異が報告されていることから、背景となる神経基盤も異なることが予想される。脳画像研究等により、脳は領域同士が機能的結合 (FC) を持ち、協働して Large-scale brain network (LSBN) を形成していることが明らかになっている。不注意傾向は健常者から発達症患者まで連続して分布していると考えられるため、今回、健常成人の ADHD 及び ASD 傾向の神経基盤を評価することを目的とし、functional MRI (fMRI) によって LSBN の FC を探索的・網羅的に調べた。

【方法】

健常被験者 61 人 (男性 30 人、女性 31 人、21.9 ± 1.9 歳) を対象とし、ADHD、ASD の指標として、Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS)、Autism-Spectrum Quotient (AQ) を施行した。また、注意機能の行動指標として Continuous Performance Test (CPT) を試行した。脳画像については、安静時および oddball 課題時に fMRI を撮像し、CONN toolbox を用い、region of interest (ROI) -to-ROI 解析 (FDR < 0.05) によって、FC と心理指標との関連を調べた。関心を置く脳内ネットワークは、LSBN である、Default Mode Network (DMN)、Front-Parietal Network (FPN)、Ventral Attention Network、Dorsal Attention Network、Salience Network (SN) とした。

【結果】

ASRS と AQ の得点間には正相関 ($r=0.440$, $p=0.000$) を認めた。ASRS と CPT の commission error、平均反応時間との間には負の相関 ($r=-0.279$, $p=0.032$ / $r=-0.399$, $p=0.002$) を認めた。一方、AQ と CPT の成績には相関を認めなかった。画像解析では、ASRS は課題時において、DMN 内の ROI の 2 点間の FC と正の相関を示し、安静時、課題時いずれにおいても DMN 以外のネットワークにおいては有意な相関を認めなかった。他方で AQ は安静時および課題時の DMN 内のいかなる FC とも相関は認めず、安静時に SN 内、課題時に FPN 内の 2 点間の FC との正の相関を示した。AQ と ASRS 各変数を独立変数として、もう一方を共変数とした解析においても概ね同様の結果であった。

【考察】

ASRS と CPT の相関からは、診断閾値以下の ADHD 傾向は注意機能促進的に働く可能性が示唆された。一方、AQ は CPT の成績と関連がないことから、ASD 傾向は、先行研究での報告と一致して、注意保持には影響しないものと考えられた。LSBN との関連について、ASRS は DMN 内の、AQ は FPN 内と SN 内の FC と相関を認めた。本研究では、注意研究で報告された ADHD 及び ASD の特性による注意機能の違いが診断閾値以下の特性を対象としても異なるかたちで認められ、それぞれの神経基盤も異なると考えられた。以上、ADHD 及び ASD 傾向を伴う不注意症状を評価する場合に、脳画像が鑑別の一助になる可能性が示された。

01-4

高齢者のうつ病および双極性障害における認知症の有病率： 入院患者における後方視的研究

○越智 紳一郎^{1,2}, 森 崇明³, 伊賀 淳一¹, 上野 修一¹

¹愛媛大学大学院医学系研究科 精神神経科学,

²Department of Psychiatry and Behavioral Neurobiology, University of Alabama at Birmingham, ³平成病院

Background:

人口の高齢化および認知症の有病率は、わが国を含むほとんどの先進国で急速に増加している。アミロイド陽性の高齢者のうつ病患者はアミロイド陰性の患者と比較して抗うつ薬への反応性が乏しいことが報告されている。老年期うつ病に認知症の病理が併存していることが、抗うつ薬の反応性を悪くしている可能性が示唆されている。さらに認知症の前駆症状として抑うつが見られることも多い。そこで高齢者のうつ病における認知症を早期に発見するためのスクリーニングが重要であるが、高齢者のうつ病では、認知症の初期症状を評価することが困難である事が多い。

Objective:

本研究は、後方視的コホート研究として、65歳以上で重症うつ病エピソードのために入院となった大うつ病性障害(MDD)または双極性障害(BD)の患者における認知症の有病率を調査し、認知症の診断に関連する臨床的特徴を明らかにすることを目的とした。

Methods:

2015年1月から2020年12月までに愛媛大学医学部附属病院精神科病棟に入院した患者684名の診療録からデータを収集した。入院時にMDDまたはBDと診断された65歳以上の患者において退院時の認知症有病率および臨床的特徴を調査した。なお、本研究は愛媛大学医学部附属病院倫理委員会の承認を受けている。(No.: 2108014)

Results:

MDD (n=50) (平均年齢74.4 ± 6.6歳)、BD (n=16) (平均年齢72.3 ± 4.7歳)、計66名の患者を対象とした。認知症の有病率はBDよりもMDDで有意に高かった(24.0% vs. 0%; p = 0.026)。レビー小体型認知症(n=5)、アルツハイマー型認知症(n=2)の順に多かった。17項目のハミルトンうつ病評価尺度(HAMD-17)の総得点は認知症あり群となし群では有意差は認められなかった(20.0 ± 8.0 vs. 23.8 ± 7.9; p = 0.276)。Mini-Mental State Examination (MMSE) 総スコアは認知症あり群で有意に低かった(17.9 ± 5.4 vs. 24.7 ± 4.5; p = 0.002)。ロジスティック回帰分析の結果、HAMD-17の下位項目では「入眠困難」の得点が有意に低く(p=0.019), 「病識」の得点が有意に高く(p=0.049), MMSEの下位項目では「想起」の得点が有意に低かった(p=0.003)。

Conclusions:

重症うつ病エピソードで入院した高齢者のうつ病患者の24%に認知症を認めた。HAMD-17の「入眠困難」と「病識」の得点が低く、MMSEの「想起」の得点が低いことは高齢者のうつ病における認知症の診断に有用な指標となる可能性が示唆された。

健常人における自尊心と、前頭極と小脳間の安静時機能的結合の関連

○安藝 森央¹, 小林 啓¹, 柴田 真美¹, 植野 司¹, 宮城 崇史¹,
義村 さや香⁴, 大石 直也⁵, 村井 俊哉¹, 藤原 広臨^{1,2,3}

¹京都大学大学院医学研究科 脳病態生理学講座 (精神医学),

²理化学研究所 革新知能統合研究センター 人工知能倫理・社会チーム,

³大阪大学 社会技術共創研究センター 総合研究部門,

⁴京都大学医学研究科 人間健康科学系専攻 先端作業療法学講座,

⁵京都大学大学院医学研究科 メディカルイノベーションセンター

【背景】

自尊心self-esteemは、自己への肯定的・否定的な態度と定義され、自分自身をgood enoughと評価、認識することである (Rosenberg 1965)。低い自尊心は、うつ病等の様々な疾患の予測因子になると言われており、神経基盤を調べることで、精神疾患横断的なバイオマーカーの発見につながる可能性がある。

自己準拠課題を利用して自尊心の神経基盤を調べたfunctional MRI (fMRI) 研究などにおいては、腹内側前頭前野vmPFC、背外側前頭前野dlPFC、前部帯状回など前頭前野の活動と相関を示唆する報告が見られる。

自尊心関連課題を用いた研究の一方、安静時脳機能画像(rsfMRI)による検討も全般的な自尊心の計測に有用である。うつ病は自尊心と相関が見られるが、うつ病で報告がある大脳と小脳連関の機能的結合性(FC)異常について、自尊心との関連を述べた報告はない。自尊心は加齢とともに高まる報告があるが、rsfMRIを用いた先行研究では小児(10歳前後)や青年期(18~19歳)が対象となり、自尊心との相関も右dlPFCや左vmPFCと結果が一貫していない。

今回、青年期以降の健常成人を対象とし、自尊心とrsfMRIにおけるFCとの相関を調べた。

【方法】

健常右利き被験者114名(男性70人、18-68歳)を対象とし、自尊心尺度にRosenberg Self-Esteem Scale (RSES)を使用した。Conn Toolboxを用い、Seed-to-Voxel解析(cluster threshold : $p < 0.05$ cluster-size p -FDR corrected; voxel threshold: $p < 0.001$ p -uncorrected)にて、rsfMRIにおけるFCとRSESとの関連を調べた。Seedは前頭葉の各領域を設定した。年齢、性別、ベックうつ病尺度(BDI)得点を共変量とする解析を行なった。

【結果】

左前頭極にseedを置いた解析において、左右の小脳後葉に広がるclusterが確認された(左: クラスターサイズ $k=1008$ 右: $k=872$, $p < 0.05$, FDR corrected) BDIを共変量に含めた解析でも同様の結果であった。

【考察】

左前頭極と両側小脳後葉間のFCが、自尊心尺度RSESと相関する可能性が示された。BDIを共変量に置かない場合も、置く場合も同様の結果を認め、診断閾値以下の抑うつ傾向とは無関係に、自尊心に関連したFCと考えられる。前頭極はワーキングメモリタスクなどの遂行の際にdlPFCと協調して外的刺激を処理し、また自発的な未来志向、マインドワンダリングなどの内的処理を行う際にその内側が活性化される。小脳の後方構造は、認知・社会・情動に関連する非運動課題処理において活性化されることが先行研究から明らかになっている。うつ病患者において、小脳の同部位とdlPFC、vmPFCの結合性が低下する知見も示されていることも踏まえると、高い自尊心が、うつ病予防・治療に関し、促進的に働く臨床的知見を支持するものと考えられた。

遷延するうつ状態の患者における確定診断

○村尾 昌美¹, 櫻井 準², 大江 悠樹², 栗原 真理子², 長島 泉³,
早坂 友成³, 青鹿 由紀⁴, 坪井 貴嗣², 渡邊 衡一郎²

¹杏林大学医学部付属病院 精神神経科, ²杏林大学医学部 精神神経科学教室,
³杏林大学保健学部 作業療法学科, ⁴杏林大学医学部付属病院 看護学部

【目的】

近年うつ病の罹患率は年々増加しており、世界保健機関は2005年から2015年の10年間に18%のうつ病患者の増加を報告している。うつ状態が遷延する例も多く、その背景として適切な治療がされながらも寛解しない治療抵抗性うつ病のケースや、不安症など他疾患の併存が関与しながら適切な評価や診断がされていないケースなどがあるが、詳細な診断を示した報告は我々の知る限りで存在しない。今回、遷延するうつ状態を呈した患者の診断や患者特性を詳細に評価し、後方的に検討した。

【方法】

2014年10月から2018年9月までに当院外来を受診し、これまでに精神科医による治療を受けながらも抑うつ状態の遷延を自覚していた症例の中で、当院へ評価入院した122例を本研究の対象とした。診断はDiagnostic and Statistical Manual of Mental disorders fourth edition (DSM-IV-TR)の診断基準に準拠し、Scale Structured Interview for DSM-IV (SCID-IV)、SCID-IV Axis II Personality Disordersを用いた構造化面接を用いて行い、大うつ病性障害群(MDD群)、双極性障害群(BD群)、どちらの診断もつかなかった群(その他群)の3群に分類した。MDD群とBD群の併存疾患をカイ二乗検定により比較した。

【結果】

対象者はMDD群51名(41.8%)、BD群35名(28.7%)、その他群36名(29.5%)に分けられた。その他群の主診断は、パーソナリティ障害8名(22.2%)、Asperger's Disorder (ASD) 6名(16.7%)、Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) 5名(13.9%)、その他、不安症4名(11.1%)、身体症状症4名(11.1%)、気分変調症3名(8.3%)、知的障害、統合失調症などであった。また、MDD群の90.2%、BD群の85.7%に不安症、ASD、ADHD、アルコール依存症、摂食障害などの精神疾患の併存を認め、特にパーソナリティ障害の併存が多かった(MDD群76.5%、BD群77.1%、 $p=0.58$)。

【考察】

抑うつ状態が遷延する患者の半数以上がMDD以外の診断であり、MDDやBDの診断がついた患者のうち多くで気分障害以外の精神疾患を併存していた。実臨床においてなかなか治療で改善しない抑うつ状態の患者に、改めて診断や併存疾患の評価を行うことは有用であるかもしれない。

02-1

行動障害型前頭側頭型認知症が疑われた葉酸欠乏症の1例

○藤井 有沙¹, 池ノ内 篤子^{2,3}, 岡本 直道², 藤井 倫太郎^{2,4}, 吉村 玲児²¹医療法人 住田病院, ²産業医科大学医学部 精神医学教室,³産業医科大学病院 認知症センター, ⁴産業医科大学若松病院 緩和ケア・血液腫瘍科

【はじめに】

葉酸欠乏症は、不十分な食事摂取やアルコール、薬物の使用が原因となり、巨赤芽球性貧血や運動、感覚、自律神経の障害を呈する。加えて、記憶障害、注意障害などの認知機能障害、抑うつ、思考緩慢、妄想、幻覚、思路障害、せん妄などの精神症状を呈する。アルツハイマー病患者におけるビタミンB12の低下と認知症の行動的・心理的徴候・症状(BPSD)の相関を明らかにした研究もある。一方で前頭側頭型認知症(FTD)および葉酸に関する研究は不足している。我々は、葉酸補充療法により脱抑制、常同言語、アパシー、食行動変化、口唇傾向といったbvFTDに類似した症状が改善した葉酸欠乏症の1例を報告する。なお、本報告にあたっては匿名化に留意し、患者本人から口頭および文書により同意を得るなど、倫理面の配慮を行った。

【症例】

50歳代、女性。X-12年にうつ病と診断され、以降も度々再燃を繰り返した。X年1月から抑うつ状態が再燃し、食欲は徐々に低下した。次第に食事を摂らなくなり、多量のカフェオレしか摂取しなくなった。徐々に、見当識障害、常同的な反復行為、口唇傾向が出現した。同年7月に当科を紹介受診し、重度の貧血と低ナトリウム血症、葉酸欠乏症、認知機能障害を認めたが、自身の病状への無関心さのため治療に応じず、患者の生命にまで危険が及ぶと考えられたため医療保護入院となった。電解質の補正と輸血により低ナトリウム血症や貧血は改善したが、認知機能障害および行動障害は変化しなかった。頭部MRIでは年齢に比してびまん性の脳萎縮が目立ち、側頭葉内側にも高度ではないが萎縮を認めた(VSRADでのZ score2.02)。また頭部のSPECT画像では、両側前頭葉の集積低下が目立った。意欲・活動性の低下他人への礼儀が欠如した脱抑制、自身の病状への無関心な発言、常同言語、食事嗜好の変化、口唇傾向、学習と記憶における神経認知領域の障害、および画像検査所見からbvFTDが考えられたが、葉酸欠乏症に対する葉酸の補充療法による葉酸値の改善とともに、認知機能障害および行動障害が改善し、X年9月に退院となった。

【結語】

本症例は葉酸補充療法によりbvFTD様の精神症状が改善した一例である。確定診断に至るには、今後の経過観察が重要である。

食物嗜癖の歴史・概念・「診断」

○齊尾 武郎

フジ虎ノ門整形外科病院 内科・精神科

食物嗜癖 (food addiction) は1951年、米国のアレルギー学者、Theron G. RandolphがHerbert J. Rinkelの「隠された食物感作」(masked food sensitization)の臨床像が食物に対する嗜癖として理解できることからそう呼ぶことを提唱した症状である。その後、2009年以降、漸くその定義や病態に関する議論が活発となったが、これまで食物嗜癖は精神疾患として定義されておらず、DSM-5-TR, ICD-11にも食物嗜癖には明確な診断カテゴリーは存在しない。しかしながら、Pennsylvania大学Raymond and Ruth Perelman医学部精神科のErica M. Schulteらは、Roger K. Blashfieldが精神疾患の診断カテゴリーとしてDSM-IVに取り入れるかどうかについてのガイドラインとして挙げた5条件(①適切な文献、②特定の診断基準、③受容可能な臨床家間信頼性、④基準が症候群を形成するというエビデンス、⑤他のカテゴリーからの弁別)の観点から検討し、①と⑤は十分だが、②と④が不十分であり、③は全く検討されていないとし、食物嗜癖をDSMに診断カテゴリーとして含めることを検討するに値するもの結論付けており、診断カテゴリーとして診断基準を整備することにより、今後、食物嗜癖は独立した診断カテゴリーとなる可能性がある。現在、食物の中には強い嗜癖性を持つと考えられているものがあり(糖分や動物性脂肪を多く含む食物やファストフード、ジャンクフードなど)、食品産業のマーケティング戦略にも取り入れられている。食物嗜癖の病態は摂食障害(特に過食性障害)、物質使用障害、行動嗜癖のいずれなのであろうか。食物嗜癖という名称は物質使用障害の観点からは、嗜癖の対象が食物であることを意味するが、これを行動嗜癖として理解するのであれば、摂食嗜癖(eating addiction)と呼ぶべきかもしれない。食物嗜癖の「診断」と重症度評価にはデファクトスタンダードとしてDSM-IV-TRの物質依存の診断基準を範に作成された自記式のYale Food Addiction Scale(YFAS)が用いられているが、これを用いた系統的レビューによると、食物嗜癖の有病率は約20%にも上る。また過食性障害患者の60%弱が食物嗜癖を有し、これらの患者はより過食エピソードの頻度の高い重症群なのではないかとも考えられている。食物嗜癖は肥満と関連するため、公衆衛生上の大きな課題であり、未だ精神疾患とは位置付けられていないものの、今後精神疾患として独立した診断カテゴリーとなる可能性があり、精神疾患として想定されている病態から治療戦略を立て、公衆衛生政策を考える必要がある。

20-item Questionnaire for Drinking Behavior Pattern (DBP-20)の開発、及び、アルコール依存症者の特徴的な飲酒行動と診断に関する研究

○栗原 雄大

国立大学法人 琉球大学病院

【目的】

アルコール依存症のスクリーニングツールはAlcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) といった広く使用されている質問票があるが、これは重症度に関して測定可能な一方で、依存症者に特徴的な飲酒行動パターンを詳細に評価することは出来ない。本研究はアルコール依存症患者に特徴的な飲酒行動を定量的に評価する自記式質問票20-item Questionnaire for Drinking Behavior Pattern (DBP-20)を開発し、アルコール依存症者の特徴的な飲酒行動を明らかにすることで、問題飲酒者のスクリーニングやアルコール依存症の診断に関して、飲酒行動パターンからアプローチを行う事を目標としている。

【方法】

我々はまず100名のアルコール依存症者を対象に「お酒を飲む理由」に関して半構造化面接法を行い、質的統合法にて全20項目で構成される飲酒行動パターンの質問票であるDBP-20を作成した。その後、アルコール依存症患者232名と健常者227名を対象にDBP-20による質問票調査を行った。

次にDBP-20の探索的因子分析をアルコール依存症群で行い、依存症群と健常群でDBP-20の総得点およびサブスケール得点の比較をした。

また、AUDITの得点とDBP-20の総得点及びサブスケール得点の相関分析を行い妥当性の評価を行った。最後に、Receiver Operating Characteristic analysis (ROC) 分析を行い、アルコール依存症者と健常者が飲酒行動から判別可能か解析を行った。

【結果】

探索的因子分析の結果、アルコール依存症者の飲酒行動は、ネガティブな感情に対処する「対処的な飲酒」、習慣行動としての「自動性による飲酒」、気分を上げる為の「強化的な飲酒」、コミュニケーションを取る為の「社会的な飲酒」という4因子で構成されることが明らかとなった。

次に、DBP-20の得点を依存症群と健常群で比較すると、「対処的な飲酒」、「自動性による飲酒」、「強化的な飲酒」の3因子のスコアが依存症群で有意に高かった。

またAUDITとDBP-20の総得点は高い相関を認めた。(Rs = 0.751, P<0.001)

最後にROC分析ではDBP-20の総スコアのカットオフ16点でアルコール依存症の判別に関しては感度89.7%、特異度80.6%、Area under the curve (AUC) = 0.924となり、DBP-20の妥当性が示された。

【考察】

「対処的な飲酒」と「自動性による飲酒」はアルコール依存症者に特徴的な飲酒行動の可能性はある。特に「自動性による飲酒」に関しては、従来の健常者を対象とした飲酒行動研究では見られなかった概念でありアルコール依存症を特徴づける行動パターンであると考えられた。

これまでのアルコール依存症のスクリーニングや診断は、量や頻度、病的な飲酒行動を中心に行われていたが、健常人と依存症者のより具体的な飲酒行動の違いに着目することで、より早期の診断や、問題飲酒への介入、治療への動機付け可能となるかもしれない。

MRIに基づいたインターネット嗜癖の病態解明に向けて

○柴田 真美¹, 小林 啓², 鶴身 孝介¹, 植野 司³, 宮城 崇史^{1,3}, 安藝 森央¹,
義村 さや香⁴, 大石 直也⁵, 村井 俊哉¹, 藤原 広臨^{1,6,7}

¹京都大学大学院医学研究科 脳病態生理学講座 博士課程, ²株式会社Cure App,

³京都大学医学部附属病院 総合臨床教育・研修センター,

⁴京都大学医学研究科 人間健康科学系専攻 先端作業療法学講座,

⁵京都大学大学院医学研究科 メディカルイノベーションセンター,

⁶理化学研究所 革新知能統合研究センター 人工知能倫理・社会チーム,

⁷大阪大学 社会技術共創研究センター 総合研究部門

【背景】

近年、身近な生活行動であれ、過度になると「物質によらない依存症（行動嗜癖）」を呈することが指摘されており、中でもネット嗜癖はICD-11から「Gaming disorder（ゲーム障害）」として正式に疾患として認められるなど、注目を集める領域である。行動嗜癖の神経学的メカニズムとして、物質依存と同様に報酬系と呼ばれるドーパミン神経系回路の調節不全が指摘され（報酬欠乏症候群、Blum, 2007）、ネット嗜癖においても、報酬系の活動とネット使用レベルが負の相関を示すという報告が多い。診断や治療へのアプローチのうえで、他の依存症・行動嗜癖と比較した際のネット嗜癖の特徴として、完全にネット環境を断つことが現実的でないという点が挙げられる。そこで、嗜癖レベルに至らない中庸レベルの使用群について、心理指標との関連や脳機能の変化を調査し、ネット使用の適正レベルの解明することが必要と考えられる。

中庸レベル以下でのネット使用群に関する脳画像解析の報告はまだ極めて少ないが、「中庸レベルにおいては、ネット使用の程度と報酬系の機能的結合とが正相関を示す」という報告があり、これをもとに発表者らは中庸レベルのネット使用により脳にベネフィットが与えられるという仮説を立てた。またLarge-scale brain network間の機能的結合の異常、なかでも認知の中心を担うとされるTriple-network仮説に着目した。この仮説はSalience network (SN)が、Default mode network (DMN)とExecutive control network (ECN)の間の切り替えを行うことで、脳の活動状態と安静状態のバランスをとっているというものである。ネット嗜癖におけるTriple-networkに関する報告はわずかだが、SN-DMN間の機能的結合の強さとネット嗜癖群の重症度の相関が示されている (Zhang, et al., 2017)。発表者らは、前述の仮説をもとに、ネットの低レベル使用群～中庸レベル使用群を対象としてTriple-networkにおける機能的結合の変化を調査した。

【方法】

20-60歳の精神疾患のない男女114名を対象に、ネット嗜癖の評価および行動嗜癖との関連が報告されている心理指標の評価を行った。ネット嗜癖傾向の評価尺度としてGeneralized Problematic Internet Use Scale (GPIUS-2)を採用した。また3T-MRIを使用してfunctional MRIによる安静時の撮像を行い、CONN toolboxを用いて脳の機能的結合についてROI-to-ROI解析を行った (FDR-corrected $p < 0.05$)。このとき、共変量として年齢、性別を用いた。

【結果】

被験者のGPIUS-2の平均値は 46.03 ± 16.623 でほぼ全例が嗜癖レベルに至らない低～中庸レベルのネット使用群に該当した。GPIUS-2のスコアとSN-DMN間の機能的結合の強さに逆相関が認められた ($T(103) = -2.80$, p -uncorrected 0.0061, p -FDR 0.0245)。

【考察】

ネットの使用が低～中庸レベルである限りにおいて、ネットの使用程度とSN-DMN間の機能的結合が逆相関の関係にある。これはネット嗜癖レベル群を対象にした先行研究と反する結果であり、ネット嗜癖群と低～中庸レベル使用群ではTriple-networkのあり方にも差異があることが推測された。現在ネット嗜癖群をリクルート中であり、今後ネットの低～中庸レベル使用群とネット嗜癖群について連続的にさらなる解析を行う予定である。

症例報告：万引きをする高齢者の一例

○桑原 優仁, 多田 光宏, 仁王 進太郎

東京都済生会中央病院

【背景】

新型コロナウイルスが猛威を振るい、感染対策として自粛のため自宅で過ごす時間が増えた近年、認知機能低下を家族に指摘され精神科や物忘れ外来を受診する高齢者が増えている。

今回万引きを主訴に精神科を受診した高齢者を経験したので報告する。なお発表にあたっては十分なインフォームド・コンセントを得て、プライバシーに関する守秘義務を遵守し、匿名性の保持に十分な配慮をした。

【臨床経過】

70代男性。万引きを主訴に認知症を心配した娘に促されて当院精神科を初診となった。

妻と娘と3人暮らし。大学を卒業し会社を定年退職後は無職で自宅にいる時間が長くなった。飲酒量も少し増えた。

診察場面では質問から逸脱し多弁になる傾向があった。後出しじゃんけんでわざと負けるように指示をするも、理解するまでに時間を要し筆頭者と同じじゃんけんを出すためあいこが続いた。

物忘れの自覚はなく、家族の証言では直近の出来事を忘れる、何度も同じことを聞き返す場面が増えたとのことであった。万引きを行う理由を問うと、「お金になるかなと思って、もうやりません」と笑いながら答えた。

今年に入り万引きで3回通報され警察介入となり、認知症を疑われたため家族が精査を希望した。

まずは血液検査、頭部MRI、神経心理検査を行い、前頭側頭型認知症を想定し、脳血流SPECT検査を追加で実施した。

結果、ビタミンや甲状腺機能を含む血液検査は異常所見なく、頭部MRIで海馬傍回と側頭葉内側の萎縮が著明(VSRAD Z-score=3.32)であったが、脳梗塞や頭蓋内病変等の異常所見は認めなかった。神経心理検査ではMMSE27/30、HDS-R23/30と、それぞれ計算や遅延再生で失点、Logical memory及びROCFTの遅延再生、ADAS単語再生、語列挙が参考値以下の成績だった。一方でTMT-J、Stroop test、Word Fluency、FAB等の前頭葉機能検査の中ではStroop testのみ参考値以下の成績だったがその他の成績は保たれていた。

脳血流SPECT検査では前頭葉の血流低下は目立たず、頭頂葉、後部帯状回の血流低下が見られた。

これらの検査結果と臨床症状を総合的に判断してアルツハイマー型認知症と診断した。メマンチン塩酸塩を開始し、買い物時には家族が付き添うことで以降は万引きをすることはなくなった。

【考察】

万引きやじゃんけんであいこを続ける保続様の動作からは前頭側頭型認知症が疑われたが、検査の結果、アルツハイマー型認知症を示唆する結果となった。万引きに至った原因として、認知機能低下による買い物の手順の失行、飲酒の影響、検査結果には反映されない程度の前頭葉機能低下による脱抑制などが挙げられる。

【結論】

特定の症状から診断を予想することは必要だが、確定診断のために必要な検査を実施し結果に基づいて臨床症状と合わせて診断することが重要である。

02-6

抗てんかん薬を処方されていた患者が、けいれん発作を伴う アルコールの離脱せん妄を生じた一例

○小林 慧, 竹内 祥貴, 天野 託, 増井 晃

栃木県立岡本台病院

【はじめに】

アルコールの離脱症状は頻脈、嘔気や発汗といった自律神経症状、手指振戦、幻視、幻聴、不安焦燥など多彩な身体・精神症状で知られる。

今回は、抗てんかん薬を処方されていたアルコール依存症候群の患者を、けいれん発作を伴うアルコールの離脱せん妄と診断するに至ったので、症例を考察とともに紹介する。

【症例】

62歳、男性。2人同胞の第2子。A市で出生し、高等学校卒業後、会社員として勤務していた時期は機会飲酒程度だったが、定年退職したX-3年より日中から飲酒するようになり、1日飲酒量はアルコール換算250g以上まで増加した。

それまでにてんかんの既往はなかったが、X-2年に初回けいれん発作を起こして以降レベチラセタム1000mgが処方されるようになった。同年、当院のアルコール依存症専門外来を受診し、アルコール依存症候群と診断された。外来通院を継続できていたが、断酒補助剤のアドヒアランスは不良であり、受診に対しても非常に消極的であった。

X年3月16日に当院を受診した際に、強直間代発作を起こした後、顕著な興奮・意識障害を認めたために医療保護入院となった。入院後小動物幻視や手指振戦に加え、発汗・頻脈などの自律神経症状も呈し、振戦せん妄と考えられた。

入院時の著しい興奮・意識障害に伴い、抗てんかん薬を含めた内服薬は中止していたが、その後もけいれん発作は認められず、脳波検査において、てんかんを示すような異常波形は認めなかったため、レベチラセタムは再開しなかった。また本人・家族にX-2年のけいれん発作について詳しく聴取すると、旅先で一時的に飲酒が中断された際に生じたという臨床経過と統合して、「アルコール使用によるせん妄をともなう離脱状態、けいれんをともなうもの」と診断した。4月19日に退院後現在も当院外来に通院しており、断酒は継続され、けいれん発作の再発はない。

【考察】

アルコール離脱時のけいれん発作はけいれん閾値の低下により生じる離脱早期の症状であり、その90%以上が最終飲酒から48時間以内に発生する。けいれん発作から30%程度が振戦せん妄に至る。また半数以上が複数回のけいれん発作を経験し、発作重積状態に至る症例も5%とされる。本症例も複数回のけいれん発作を生じており、最終飲酒から比較的早期のけいれん発作であることも上記特徴に合致する。

本症例ではけいれん発作のエピソード以降、初発のてんかんの可能性も念頭に抗てんかん薬が継続されていたが、今回の入院で精査の結果アルコールの離脱症状としてのけいれん発作と診断することができた。本症例から、抗てんかん薬を内服している患者においてもけいれん発作を認めた際には、飲酒歴を確認した上で、アルコールによる離脱症状も鑑別する必要性が示唆された。

O3-1

多発性硬化症による高次認知機能障害を治療前後で比較した1例

○森本 雄高, 林 希, 橋本 茉莉子, 鵜殿 明日香,
外間 朝諒, 村岡 寛之, 西村 勝治

東京女子医科大学

多発性硬化症 (multiple sclerosis: MS) は中枢神経系の非化膿性炎症性脱髄疾患の代表的疾患であり、多彩な症状を呈することが特徴の1つである。MSの症候は身体的障害に留まらず、記銘力低下や注意障害、作業記憶障害などの高次脳機能障害がみられることが近年注目されている。今回、MSと診断した患者に複数のバッテリーを組み合わせた心理検査にて高次認知機能障害を認め、治療後に改善を確認した一例を紹介する。

【症例】

28歳女性

【主訴】

疲労感、注意力・集中力の低下、抑うつ気分

【現病歴】

×年7月に発熱や頭痛に続き、疲労感を自覚した。聞き間違いが増えるなど注意力や集中力が低下し、次第に抑うつ状態となった。9月頃には仕事でのミスが重なり思い悩むようになった。10月には無力感、自責感に苛まれ、希死念慮が高じ絞首を図った。後日、絞首痕を上司に指摘され精神科の受診を勧められ精査加療目的にて当院に入院となった。

【臨床経過】

操作的診断では大うつ病性エピソードを満たした。入院前の切迫感とは一転し、HAM-D 11/63点と重症度は軽度であった。頭部MRIを撮像したところ、散在する脱髄所見を認めた。髄液検査ではオリゴクローナルバンド陽性、IgG index 1.15とMSに矛盾しない所見が得られた。精神症状はMSの影響が考えられ、器質性気分障害の診断となった。SDMT、PASAT、視覚再生、RAVLT、言語流調性テスト、TMTといった高次認知機能を測る心理検査を行ったところ、注意力、視覚記憶、言語記憶の分野において同年代と比して明らかな低下がみられた。神経内科と連携し、メチルプレドニゾロン1000mgを5日間投与する方針となった。治療後は抑うつや希死念慮は消退した。不安緊張感も和らぎを見せ、改善を自覚し退院となった。退院後、前述の心理検査および頭部MRIも再検したがいずれの項目も改善を確認できた。

【考察】

MSにおいて精神症状を初発とするものは17.1%と報告されている。経過全体としては約半数で注意障害を主体とする高次認知機能障害が出現する。MMSEやHDS-Rではこの高次脳機能障害のスクリーニングが難しく、SDMTやPASAT等、注意障害や情報処理速度、聴覚性や視覚性のエピソード記憶、視空間認知や実行機能を計測できる心理検査にて評価を行うことが推奨されている。本症例では、治療前後に心理士と連携し的確に心理検査を施行することにより高次認知機能を比較、治療効果を判定することができた。

【結語】

高次認知機能障害を呈した多発性硬化症の治療前後に心理検査にて認知機能を比較し改善を認めた症例を経験した。多発性硬化症において高次認知機能を適切に評価することで病像の把握、治療効果判定をすることが可能である。

統合失調症と診断されている症例に 成人型ニーマンピック病C型の可能性を検討する

○藤井 久彌子¹, 前川 正充², 齋藤 尚大³, 篠崎 将貴⁴,
有銘 預世布⁵, 岡安 寛明⁴, 下田 和孝⁴, 尾関 祐二¹

¹滋賀医科大学 精神医学講座, ²東北大学病院 薬剤部, ³横浜カメラホスピタル,
⁴獨協医科大学 精神神経医学講座, ⁵獨協医科大学 先端医科学研究センター 認知・記憶研究部門

【目的】

ニーマンピック病C型(NPC)は、内臓及び神経系細胞内のライソゾームに脂質が蓄積する疾患で、症状は、黄疸・胆汁うっ滞、垂直方向の核上性注視麻痺、不器用さ、失調・ジストニア、構音障害、嚥下困難などに加えて、知的機能の低下、難治性の精神症状など多彩であり、特に成人型のNPCの診断は特に難しいことがいわれている。我々は難治性の精神症状およびジストニアを初めとする神経症状を呈する症例が、諸検査の結果NPCが濃厚に疑われる症例を経験した。そのことから、統合失調症と診断されている症例の中で、特にジストニアなどの神経症状を呈した場合には同様の可能性を念頭におくようになった。診断が難しいと言われている中で、昨今、NPCに特異的なバイオマーカーが指摘されるようになってきている。今回、統合失調症と健常被験者を対象として、NPCのバイオマーカーと考えられる生体内物質を網羅的に測定し、統合失調症を対象に次世代シーケンサーを用いてNPC1・NPC2遺伝子解析を行うことで、診断に示唆的な所見がないかどうか検討をおこなうことにした。

【方法】

統合失調症68名、健常被験者113名の血清を用いて、NPCのバイオマーカーといわれている生体内物質(Lysosphingomyelin [SPC] とLyso-SM-509 [PPCS])をLC/MS/MSで測定し、統合失調症124名を対象に次世代シーケンサーIonPGMでNPC1・NPC2遺伝子解析を行った。なお、本研究は獨協医科大学臨床研究審査委員会・滋賀医科大学倫理審査委員会の承認を得ている。

【結果・考察】

SPCについては、統合失調症群は健常被験者群と比較すると、有意に高値であったが、PPCSには有意な差は認めなかった。共に特に高値を示す症例を認めたが、その症例には遺伝子変異は認めなかった。また、NPC1遺伝子の6番exonにアミノ酸置換を伴う未知の一塩基置換を認めた統合失調症の症例がいたが、SPCおよびPPCSに有意な変化は認めなかった。

【結論】

現時点で統合失調症と診断されている対象の中に、NPCのバイオマーカーといわれる物質が有意に高い症例がいることは明らかとなったが、診断を含めその意味合いについては、現時点では不明である。また遺伝子変異を認めた症例において病態への関与についても不明である。しかしながら、少なくとも、抗精神病薬の副作用と考えられるよりも強度に神経症状を呈する統合失調症については、NPCの可能性について念頭においてもいいのかもしれない。

レビー小体型認知症との鑑別が困難であった Heidenhain型クロイツフェルト・ヤコブ病の1例

○徳満 敬大^{1,2}, 小山 滋豊³, 竹内 淳子¹, 谷地森 康二¹,
菅原 典夫², 古郡 規雄², 下田 和孝²

¹十和田市立中央病院 メンタルヘルス科, ²獨協医科大学 精神神経医学講座, ³十和田市立中央病院 総合内科

【はじめに】

クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)は、異常プリオン蛋白質による致死性の神経変性脳疾患であり、臨床的には、急速に進行する認知機能障害、ミオクローヌス、視覚障害、小脳症状、錐体・錐体外路症状など認められる。これらの臨床症状の一部はレビー小体型認知症(DLB)と重複している。特に後頭葉に優位な病変を有するCJDはHeidenhain型CJDと呼ばれているが、DLBとの臨床症状や画像所見の類似性については十分な検討がなされていない。今回我々は、臨床症状や画像所見がDLBに類似したHeidenhain型CJDの1例を経験したので報告した。患者本人は亡くなっているため、ご子息から学会発表について書面による同意を得た。

【症例】

87歳男性。約2年の経過で進行している近似記憶障害、および3か月前から続く幻視を主訴に当科を受診した。診察時、仮面顔貌、小刻み歩行が観察され、日常生活では嚥下障害、レム睡眠行動障害が認められた。幻視の内容は、食器、茶碗、黒い鳥など具体的なものであった。HDS-Rは13点であった。頭部CTにおいて軽度のびまん性脳萎縮を認めたが、初診時のスクリーニング血液検査では、明らかな異常が見られなかった。DLBを疑い、脳SPECT検査を実施したところ、後頭葉に局限した低灌流が認められ、DLBの可能性が高まった。しかし、追加で検査した頭部MRIの拡散強調画像では、両側後頭葉から右側頭葉にかけて大脳皮質にリボン状の高信号域が見られ、放射線科医師の読影ではCJDの可能性が指摘された。CJDの鑑別のため脳波検査を施行したところ、周期性同期放電が認められ、DLBではなくCJDと診断した。その後もADLが急速に低下し、初診から約2ヶ月後に死亡した。最終的に、後頭葉の優位な病変、視覚障害、急速な進行を特徴とするHeidenhain型CJDと診断した。

【考察】

従来、DLBはCJDと共通するいくつかの臨床的特徴を有すると報告されてきたが、本症例は臨床症状のみならず画像所見も類似していた。本症例は、国際DLBコンソーシアムによる診断基準と、米国疾病対策予防センターのCJD診断基準をともに満たす症例であり、鑑別に苦慮した。特に進行性認知機能障害、錐体外路症状および幻視はCJDとDLBの診断基準で重複していた。加えて、当科初診時にはミオクローヌスが認められず、脳SPECTでは後頭葉の血流低下が認められ、初期にはCJDよりもDLBを強く示唆する所見が得られていた。しかし、頭部MRI画像、脳波所見および時間の経過とともに進展した臨床症状から、最終的にはCJDと診断された。CJDとDLBは臨床的特徴が類似しているが、神経病理学的に異なる疾患であり、また予後も大きく異なるため、慎重な鑑別が必要であると考えられた。

【結語】

後頭葉を中心にプリオン病変が生じるHeidenhain型CJDは、発症初期から認知機能障害や幻視を呈し、SPECTでは後頭葉の血流低下が観察され、DLBに類似する所見を認める可能性があるため注意を要する。

非定型精神病の病相経過をとり、 背景に抗NMDA受容体脳炎が疑われた一例

○山口 大二郎^{1,2}, 森 湧平¹, 大野 望², 竹内 賢², 佐藤 亜希子¹,
赤間 孝洋¹, 板垣 俊太郎¹, 三浦 至¹, 矢部 博興¹

¹福島県立医科大学 神経精神医学講座, ²(財)星総合病院 星ヶ丘病院

【背景】

クレペリンKraepelin, E.は、疾患単位理論に基づき内因性精神病を「統合失調症」と「躁鬱病」に二分した。その後二分法に当てはまらない経過を対象として、独立の疾患群とする立場が出現し、本邦でも満田により独立した急性発症の精神疾患として非定型精神病の概念が提示された。また、こうした急性精神病に対しての内因性精神病の確定診断には、辺縁系脳炎を中心とした器質性精神障害の除外診断が重要である。今回、症候学的に非定型精神病の病像を呈するも、後の器質的原因検索により器質性精神病が疑われた一例を経験したため、報告する。なお、発表にあたっては患者および患者家族から同意を得た。また開示すべき利益相反はない。

【症例】

30代女性。高校卒業後、上京し専門学校に進学、製菓店で勤務するも人間関係などをトラブルに退職された。以後複数の会社で勤務するも人間関係などをきっかけに抑うつ、不安症状を呈し、X-10年以降複数のクリニックで薬剤調整をされていた。X-3年、X-1年と急性の幻覚妄想状態にて入院となり、いずれも数日で精神症状は寛解した。X年1月に薬剤調整等を目的に当院受診となった。受診時、やや緊張感は認められたが疎通は保たれ、精神病症状、気分症状は認められなかった。また、その他明らかな異常な運動症状、自律神経症状、その他身体症状の訴えは認められなかった。その後器質因除外を目的に採血検査、脳波検査を施行した。採血検査では特記異常所見は認められなかった。脳波上背景活動は7-8Hzのα波であったが、組織化が不良で、全般性にθ波およびδ波の混入を認めた。器質性精神障害が強く示唆されたため、MRI、SPECT検査を施行した。MRI上異常所見は指摘できず、SPECT検査では、両側後頭葉を中心とした著しい血流低下を認めた。下記考察より、本症例の抗NMDA受容体脳炎が疑われたが、確定診断は得られなかった。臨床的にはプロナンセリン16mg/dayのみを継続し、概ね精神症状は安定している。

【考察】

器質性精神病の原因は、物質誘発性、自己免疫性疾患、変性疾患等多岐に渡る。本症例では、精神病症状のみを呈し、構造的な画像所見に乏しい事から鑑別が絞られる。そのため、自己免疫性脳炎が鑑別に挙げられた。Probascoらは、PET検査において後頭葉での糖代謝の低下は自己免疫性脳炎の中でも抗NMDA受容体脳炎を示唆するものと報告しており、本症例でも抗NMDA受容体脳炎が第一に疑われた。しかし、抗NMDA受容体脳炎の臨床症状として精神症状のみが現れた報告はあるものの、一般的には他の神経症状を伴う事や症状寛解時の抗体検査の意義が乏しく、本症例の確定診断をつける事は困難であると思われた。

精神科の外来初診患者における診断名と睡眠障害の関連について

○中村 俊太郎

獨協医科大学

【背景】

多くの精神疾患において、睡眠の障害が観察され、日々の活動だけでなく患者の臨床経過にも影響を与える。睡眠の障害には、入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒から過眠までさまざまな様態が存在するが、異なる精神疾患について、睡眠障害の差異を検討した研究は少ない。

【目的】

統合失調症、双極性障害、うつ病の3疾患に着目し、睡眠障害の差異について比較検討することを目的とした。

【方法】

2019年12月から2021年6月までの期間に獨協医科大学精神神経科を受診した統合失調症82名、双極性障害31名、うつ病174名の初診患者287名を対象とした。問診票に含まれている簡易抑うつ症状尺度(QIDS-J)から睡眠に関わる1から4項(それぞれ入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、過眠に関する内容)の回答内容と年齢、性別、DSM-5に基づいた診断名の情報を診療録より得た。なお、QIDS-Jの回答は症状の軽いものから0から3までの4段階Likert尺度として得ており、2以上を選択した場合に当該の不眠症状が存在しているものとした。単変量解析に加え、睡眠症状による診断名の予測性を検討するために、診断名を目的変数として、年齢、性別、QIDS-Jの1から4項の回答を説明変数としてロジスティック回帰分析を行った。本研究の方法は、獨協医科大学病院臨床研究審査委員会の承認を得ており、対象者にはオプトアウトの機会をもうけた。

【結果】

3疾患の患者比較において、うつ病が統合失調症よりも年齢が高く、QIDS-Jの1から4項の合計得点、入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒の得点が高かった。また、合計得点については、うつ病は双極性障害よりも高かった。多変量解析においては、年齢が上がることで入眠困難症状の存在が統合失調症の診断であることの可能性を下げていた。うつ病の診断であることとの関連については、年齢が上がることで入眠困難症状の存在が、その可能性を上げていた。

【考察】

本研究では、入眠困難の症状が存在する場合、うつ病である可能性が上がるという結果が得られた。入眠困難を強く訴える患者を診療した際に、うつ病の可能性を想起する必要があるかもしれない。しかし、先行研究によると、統合失調症や双極性障害についても、健常者と比べた場合、入眠困難の症状は高い割合で存在するとされている。我々の結果は、この研究で取り上げた3疾患のなかで比較した場合の結果であると言える。今後も、生物学的指標を含めた更なる検討が必要である。

Table 1. Characteristics according to psychiatric diagnosis

	Schizophrenia Spectrum (SS) (n = 82)	Bipolar Disorder (BD) (n = 31)	Major Depressive Disorder (MDD) (n = 174)	p value	η^2
Age	42.9 ± 16.4	44.0 ± 17.6	48.8 ± 18.5	0.035	a 0.023564
Sex (Being Male)	31.7% (26/82)	48.4% (15/31)	35.1% (61/174)	0.249	n.a.
QIDS-J					
Total Score	11.0 ± 6.3	12.8 ± 5.3	15.5 ± 5.1	<0.001	b 0.120672
Item 1 (Sleep onset insomnia)	1.1 ± 0.1	1.1 ± 0.2	1.1 ± 0.1	0.001	a 0.047418
Item 2 (Mid-nocturnal insomnia)	1.1 ± 0.1	1.0 ± 0.2	1.1 ± 0.1	0.015	a 0.029129
Item 3 (Early morning insomnia)	1.2 ± 0.1	1.2 ± 0.2	1.2 ± 0.1	0.044	a 0.021716
Item 4 (Hypersomnia)	1.0 ± 0.1	0.9 ± 0.2	0.9 ± 0.1	0.605	0.003537

a; SS vs MDD, b; SS vs MDD & BD vs MDD,

Abbreviation; n.a., not applicable

Table 2. Factors associated with diagnostic group among psychiatric outpatients at first visit

	Odds Ratio	95% Confidence interval	wald value	p value
Factors associated with SS				
Age	0.98	0.97 - 1.00	5.602	0.018
Sex (Being Male)	0.78	0.44 - 1.39	0.703	0.402
Item 1 (Sleep onset insomnia)	0.35	0.20 - 0.63	12.585	<0.001
Item 2 (Mid-nocturnal insomnia)	1.02	0.58 - 1.81	0.006	0.940
Item 3 (Early morning insomnia)	0.79	0.44 - 1.43	0.603	0.437
Item 4 (Hypersomnia)	1.25	0.61 - 2.58	0.373	0.542
Factors associated with BD				
Age	0.99	0.97 - 1.01	0.890	0.345
Sex (Being Male)	1.71	0.80 - 3.68	1.910	0.167
Item 1 (Sleep onset insomnia)	0.73	0.33 - 1.59	0.638	0.424
Item 2 (Mid-nocturnal insomnia)	0.69	0.31 - 1.53	0.832	0.362
Item 3 (Early morning insomnia)	1.29	0.56 - 2.96	0.363	0.547
Item 4 (Hypersomnia)	0.51	0.15 - 1.77	1.128	0.288
Factors associated with MDD				
Age	1.02	1.01 - 1.04	7.858	0.005
Sex (Being Male)	0.96	0.57 - 1.62	0.020	0.887
Item 1 (Sleep onset insomnia)	2.77	1.64 - 4.69	14.393	<0.001
Item 2 (Mid-nocturnal insomnia)	1.17	0.69 - 1.98	0.341	0.559
Item 3 (Early morning insomnia)	1.08	0.63 - 1.87	0.082	0.775
Item 4 (Hypersomnia)	1.07	0.54 - 2.13	0.036	0.849

Abbreviation; SS, Schizophrenia Spectrum, BD, Bipolar Disorder, MDD, Major Depressive Disorder

両側基底核石灰化に伴う統合失調症様症状を呈した3例について： ケースシリーズ研究

○細貝 優人¹, 鈴木 悠平^{1,2}, 和田 知紘^{1,2}, 丹治 良¹, 泉 竜太¹,
佐藤 亜希子¹, 小園江 浩一², 星野 修三², 三浦 至¹, 矢部 博興¹

¹福島県立医科大学医学部 神経精神医学講座, ²一般財団法人 竹田総合病院 精神科

【背景】

特発性、または続発性に大脳基底核石灰化症を呈する患者の40%には、何らかの精神医学的症候が認められ、合併する精神症候は、不安、認知障害、幻覚、パーソナリティ障害、認知症などと多彩である。これらは主に石灰化病態の進行期に認められることが知られているが、そのうちの一群は比較的早発発症で統合失調症様の症状を呈することが報告されている。この一群は統合失調症の疾患メカニズムへの大脳基底核の関与を示す例として以前より注目されてきたが、未だ一貫した結論には至っていない。一方、近年の脳画像の構造分析研究の技術の進歩と知見の集積により、統合失調症における大脳基底核の体積変化が確認され、大脳基底核の統合失調症の生物学的メカニズムへの関与は再度強い関心を集めている。これらの背景の中で、基底核障害に伴う統合失調症様症状の臨床的特徴の再検討の意義も再び高まっていると考えられる。

【症例提示】

今回、両側の基底核に広範な石灰化を認め、幻覚妄想や、陰性症状、社会機能の低下など慢性的な統合失調症様の症候を呈した30代～70代の3例(特発性両側性大脳基底核・小脳歯状核石灰化症：ファール病 2例、偽性副甲状腺機能低下症 1例)を経験した。いずれの症例も神経変性疾患(アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、多系統萎縮症など)、代謝性脳症などに伴う器質性精神障害と、器質因によらない統合失調症の合併との鑑別に難渋したが、最終的に非特異的、混合的な臨床症状、経過、治療反応性などから両側基底核石灰化による器質的障害の関与が否定出来ないとの結論に至った。

【考察】

これら3例について、詳細な病歴、検査結果、治療経過について提示すると共に、特に臨床診断における統合失調症との類似点、相違点について着目し報告を行う。また、近年の脳画像解析研究の知見である尾状核、被殻、淡蒼球の対称または非対称性の体積変化を踏まえ、大脳基底核の機能障害と統合失調症の病態の関わりについて考察し報告を行うことを予定している。

この発表において申告すべきCOIはない。また、本報告は本学及び一般財団法人 竹田総合病院の倫理規定に遵守し行われ、発表にあたっては十分なインフォームド・コンセントを得て、プライバシーに関する守秘義務を遵守し、匿名性の保持に十分な配慮をした。

O4-1

病初期に反復言語と開眼困難感を伴う抑うつエピソードを呈した 進行性核上性麻痺の1例

○松澤 幸治¹, 横山 裕一¹, 渡部 雄一郎¹, 若杉 尚宏², 染矢 俊幸¹

¹新潟大学大学院医歯学総合研究科 精神医学分野, ²新潟大学脳研究所 脳神経内科学分野

【背景】

進行性核上性麻痺 (progressive supranuclear palsy ; PSP) は神経変性疾患の一つで、抑うつ症状をしばしば伴う。しかし、PSPに先行してうつ病と診断された症例に関する報告は乏しい。我々は病初期に反復言語や開眼困難感を伴う抑うつエピソードを呈したPSPの1例を経験したので報告する。なお、本発表に関して本人から書面による同意を得ており、匿名性の保持に十分な配慮をした。

【症例】

X-5年に、抑うつ気分、興味や意欲の減退、食思不振、不眠、罪責感、希死念慮が出現し、うつ病、単一エピソード、中等度と診断された。数種類の抗うつ薬で治療されたが、抑うつ症状の改善は乏しかった。X-4年に自殺念慮が出現し、A病院に入院した。「うん、うん、うん」と繰り返す反復言語が出現し、目を開けていても「目が開かない」と開眼困難感を訴え、これらの症状は不安・焦燥感とともに増悪した。同時期に精神緩慢やアパシーもみられるようになった。

X-3年に退院したがパソコンが使えなくなり、X-2年には繰り返す後方への転倒、筋強剛、小刻み歩行が出現した。アパシーと開眼困難感が悪化し終日臥床するようになり、X年にA病院に入院した。開眼失行、繰り返す後方への転倒、筋強剛や小刻み歩行などのパーキンソニズムを認めた。アパシー、精神緩慢、反復言語といった前頭葉性の認知・行動症状がみられた。頭部MRIでは中脳被蓋の萎縮、123I-ioflupaneドパミントランスポーターシンチグラフィでの集積低下を認めた。これらのことから、suggestive of PSPと診断された。

【考察】

本症例ではパーキンソニズムや後方への転倒などのPSPに典型的な症状に先行して、反復言語や開眼困難感を伴う抑うつエピソードが出現した。反復言語や開眼困難感は、不安焦燥とともに変動したため、病初期にはうつ病に伴う症状と評価されていた。

反復言語は、比較的稀な発話の障害であるが、PSP患者では稀ならず認められることが報告されている。実際、反復言語は、PSP診断基準において、衝動性、脱抑制または保続の1例として挙げられている。

本症例では開眼困難感は発症から2年程度で出現したが、PSPの初期には比較的稀な症状である。開眼困難感の有症率は、PSPの病理学的亜型によって異なる可能性が、複数の剖検研究により示唆されている。

【結語】

本症例のように、PSPの発症時に抑うつエピソードを呈し、精神科を受診する患者がいる。このため精神科医師は、抑うつ症状がPSPの中核的な臨床症状の発現に先行して出現する可能性を認識しておく必要がある。

中学生にみられた現代抑うつ症候群の一症例についての 診断学的な検討

○中根 えりな¹, 田中 伸一郎^{1,2}, 齊間 草平¹, 近藤 忠一¹,
江畑 琢矢¹, 尾形 広行¹, 井原 裕¹

¹獨協医科大学 埼玉医療センター, ²東京藝術大学 保健管理センター

【はじめに】

コロナ禍の2020年以降において抑うつ状態を呈する中高生の患者数が増加しているが、そうした患者では抑うつ状態の鑑別診断を行うことが求められる。今回の発表では、成人における葛藤反応型(笠原, 木村), ディスチミア親和型(樽味), 現代抑うつ症候群(加藤ら)の系譜を参照し、現代抑うつ症候群の中高生症例について診断学的な検討を行う。なお、発表に際して、患者と家族から文書と口頭による同意を得た上で個人情報保護について十分に配慮した。

【症例提示】

症例は、心因性の足の痛みが出現したためにA病院精神科を受診した中学2年生女子である。これまで発達特性を指摘されたことはない。初診時診断は身体表現性障害であったが、中学3年生に進級するとともに痛みは消失し、友達は数人いても傷つくことを恐れてクラスで孤立し、抑うつを認めることから適応障害に診断が変更された。長期休みに入ると抑うつは改善し、SNSで知り合った子と外出することはあったものの、授業が始まると自分がどう見られるのかが気になり、友達関係を回避することが続いた。高校進学後、コロナ禍での分散登校では問題がみられなかったが、入学当初は勉強に意欲的に取り組み、新たな友達を作ろうとしたが、結局は一人で過ごしている。ちなみに、経過を通じて自己記入式簡易抑うつ症状尺度(以下QIDS-SR-J)は中等度の抑うつで推移し、樽味の新型/現代型うつ病前性格尺度(以下TACS-22)は50点台と高値を示し、二次元レジリエンス要因尺度(以下BRS)は40点台から50点台まで若干改善した。その後も登校と月1回の通院は休まず継続している。

【考察】

本症例の特徴は、一貫して発達特性は認めず、登校を続けられる程度の中等度の抑うつが持続し、友達関係には回避的で、クラスで孤立しがちであったことである。ただし、成人の場合に特徴的な他罰性はみられなかった。今後の展望としては、抑うつ状態を呈する中高生の鑑別診断を行うために、TACS-22の高得点群(=現代抑うつ症候群)と低得点群において、いじめ被害の有無、自傷行為などの臨床要因に違いがあるかなどについて多数例を検証する予定である。

04-3

12か月に20回程度の気分エピソードを認める 双極Ⅱ型障害・急速交代型の一例

○高石 裕介, 河邊 憲太郎, 伊賀 淳一, 上野 修一

愛媛大学医学部附属病院

【背景】

双極性障害「急速交代型」は、DSM-5の基準では、躁病、軽躁病または抑うつエピソードの基準を満たす気分エピソードが、過去12か月間に少なくとも4回存在する時に特定される。薬物反応は悪いと考えられ、転帰が相対的に不良であることから、治療には十分な注意を要する。今回、12か月に20回程度と頻回な気分エピソードを認める双極Ⅱ型障害・急速交代型の一例を経験したので報告する。

【症例】

22歳女性。X-7年(15歳時)から、気分が落ち込みひきこもる時期と、気分が高揚し活動的になる時期を繰り返すようになった。X-3年(19歳時)A精神科クリニックで双極性障害と診断された。抗うつ薬や抗精神病薬、気分安定薬などで加療されていたが、1か月間にうつと軽躁エピソードを繰り返すなど病相は不安定であり、うつ転時には自傷行為や大量服薬を繰り返していた。X年10月には、自傷行為を繰り返すため、救急病院より当院に転院となった。入院後、血液検査や画像検査、脳波などの器質性疾患検索で異常は認めず、発達歴にも神経発達症を疑わせる所見は認めなかった。抑うつ気分、興味・喜びの減退、不眠、集中力の減退、希死念慮などを認め、誘因なく軽躁病エピソードと抑うつエピソードを繰り返していたことから、双極Ⅱ型障害・現在抑うつエピソード、重度、急速交代型と診断した。薬物療法では、lithiumとlurasidoneを併用し、処方されていたbenzodiazepine系薬物は減量する方針とした。lithium増量後に甲状腺刺激ホルモンが高値となり潜在性甲状腺機能低下症と診断されたことから、levothyroxine50 μ gを投与し、甲状腺機能は正常化した。その後も気分の変動は認めたものの、うつ・軽躁の振幅が小さくなり、自傷行為なく落ち着いて病棟内で過ごせるようになった。本人・家族には、疾患教育として、双極性障害の臨床的特徴や、薬物治療の必要性、向精神薬と妊娠の関連、精神活性物質乱用を回避する必要性、規則正しい生活習慣の重要性などを説明した後、入院第65病日に自宅退院となった。

【考察】

物質乱用や自殺関連行動もあり診断に難渋した症例である。病歴の詳細な聴取により正確な診断を行い、気分安定薬に抗精神病薬を併用した薬物治療や甲状腺機能の正常化に加え、物質乱用や自殺関連行動などを含めた双極性障害の心理教育により改善できた。なお、症例報告について患者本人より口頭にて同意を得た。また、発表においては個人情報保護に十分配慮した。

COVID-19感染を契機とした続発性相対的副腎不全から 続発したうつ病の一例

○吉田 健太郎^{1,2}, 安武 稜多郎¹, 福田 周一¹, 岡田 剛史¹, 須田 史朗¹

¹自治医科大学 精神医学講座, ²上都賀総合病院

【はじめに】

副腎皮質機能低下症では抑うつ症状を呈することが知られているが、相対的副腎不全によるうつ病発症の報告は比較的少ない。今回、COVID-19を契機に相対性副腎不全を発症し、うつ病に進行した症例を経験したので報告する。

【症例】

70歳代女性。50歳代でリンパ球性下垂体後葉炎による下垂体機能不全をきたし、ヒドロコルチゾン20 mg/日およびデスマプレシン、レボチロキシンナトリウムの投与を継続されている。X-5年、感冒を契機に相対的副腎不全、低Na血症を生じ内科で加療を受け改善したが、その後重症のうつ状態となり当科入院、抗うつ剤による加療で改善せず修正型電気けいれん療法(mECT)施行して改善した。X-2年には感冒に伴う相対性副腎不全、低Na血症で内科入院した際に軽度の抑うつ気分、不安・焦燥を認め、デュロキセチンによる加療で改善し、半年程度で通院を中断した。X年2月COVID-19感染し、軽度の咳嗽以外の症状が乏しかったために在宅療養となったが、4日後より低Na血症に伴う悪心や倦怠感を生じて更に5日後に当院内分泌内科入院となった。内科受診時点でNa 120と低値であり、ACTH、コルチゾール、甲状腺ホルモンについては正常範囲であった。相対的副腎不全に伴う低Naの判断で、ヒドロコルチゾン投与により電解質は補正されたが、徐々に不安焦燥が著しい状態となったため、当科転科し医療保護入院となった。転科時、「お金がなくなってしまう」「おかしくなってしまった」などと話し、抑うつ気分、食欲不振、不眠、罪責感、希死念慮を認め、不安焦燥のために終始身体を動かさず状態であった。ミルタザピン45 mg/日、およびクエチアピン75 mg/日の投与により改善を認めず、電気コードで縊頸を図ろうとしたため、転科20日よりmECTを開始した。mECTを6回施行し、不安焦燥、抑うつ気分は改善したため転科50日で退院となった。

【考察】

通常相対的副腎不全の診断には負荷試験が必要であるが、本例では過去の経過から相対的副腎不全と判断し、補充療法により低Na血症は改善したがうつ病症状は増悪した。このようなエピソードを反復する症例は極めて稀である。また、本例ではCOVID-19感染症の症状が非常に軽度であったにもかかわらず、相対的副腎不全と重度の抑うつ症状を呈しており、COVID-19特有の病態が存在する可能性がある。

思春期以前の被養育体験と分娩歴が周産期の抑うつ、不安、ボンディングに与える影響について

○福井 直樹^{1,2}, 茂木 崇治², 渡部 雄一郎², 橋尻 洸陽^{2,3},
小川 真貴², 江川 純², 榎本 隆之⁴, 染矢 俊幸²

¹新潟大学医学部医学科 医学教育センター, ²新潟大学大学院医歯学総合研究科 精神医学分野,

³新潟市民病院, ⁴新潟大学大学院医歯学総合研究科 産婦人科学分野

【目的】

本研究では、思春期以前の被養育体験が、周産期における母子間のボンディングにどのような影響を与えるかを、抑うつ、不安、出産経験などの要因を考慮して同定することを目的とした。

【方法】

Parental Bonding Instrument (PBI) を用いて被養育体験を調べた。参加者は、妊娠初期(約12~15週)、妊娠後期(約30~34週)、産後(産後4週)の3時点で、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) と Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS) に回答した1301名の妊婦である。出産経験、PBIサブスケール(父親の養護、父親の過保護、母親の養護、母親の過保護)、HADS、MIBSを含む要因を用いてパス分析を行った。

【結果】

父親または母親からの低養護の養育体験は、妊娠初期のより高いHADSおよびMIBS得点を予測した。さらに、母親からの低養護の養育体験は、産後のより高いHADS得点と、妊娠後期のより高いMIBS得点を予測した。父親または母親からの過保護な養育体験は、妊娠期間中のより高いHADS得点を予測した。さらに、母親からの過保護な養育体験は、妊娠後期のより高いMIBS得点を予測した。初産婦であることは、産後のより高いHADS得点および妊娠初期と産後のより高いMIBS得点を予測した。経産婦であることは、妊娠後期のより高いMIBS得点を予測した。

【結論】

本研究は、思春期以前のネガティブな被養育体験が、周産期における母子間のボンディングに(不安や抑うつを介して)間接的および直接的な影響を与えることを示唆している。

うつ病性昏迷に伴う緊張病と薬剤性錐体外路症状との鑑別を要した1例

○佐藤 由英¹, 佐藤 葵¹, 篠崎 将貴¹, 岡安 寛明¹,
柿本 慎太郎², 志水 太郎², 下田 和孝¹

¹獨協医科大学 精神神経医学講座, ²獨協医科大学 総合診療医学講座

【目的】

緊張病の原因として当初、抗精神病薬による薬剤性の錐体外路症状 (EPS) を疑っていたが、その後、うつ病の増悪による緊張病も合併していたと考えられた症例を経験したため報告する。本発表にあたり、本人・家族より口頭及び文書にて同意を得た。また、開示すべき利益相反はない。

【症例】

77歳女性。X年2月に不眠、食欲不振、倦怠感等を主訴に近医精神科を受診し、うつ病と診断された。スルピリドを処方され、同年8月には600mgまで増量された。同年9月、左下肢の固縮を認めたため当院を受診。薬剤性のEPSを疑い、スルピリドを400mgに減量したが、翌日から39度台の発熱を認めたため、近医内科に入院し、抗菌薬投与とスルピリドの漸減を行ったが、発熱は続き、炎症反応も高値であった。また、発語がなくなり、筋強剛が出現したため、同年10月に当院総合診療内科に転院し、当科も診察にあたった。昏迷状態で、筋強剛、蟬屈症を認めていたため、緊張病と判断し、スルピリドを終了した。発熱に対して、総合診療内科にて精査を行うも、明らかな器質因は同定されなかった。スルピリド終了後2週間経過したが、緊張病の著明な改善は認めなかったため、薬剤に起因した緊張病だけでなく、原疾患であるうつ病の増悪に伴う緊張病が合併していると考え、電気けいれん療法 (m-ECT) を開始したところ、徐々に発語量が増え、筋強剛も改善し、食欲も認められるようになった。

【考察】

当初は、スルピリドが短期間で600mgまで増量された状況で発症したことから、悪性症候群も鑑別に入れつつ、薬剤性EPSと考えたが、スルピリド中止後2週間以上経過しても、改善は認めなかった。そこでEPSだけでなく、うつ病の増悪に伴う緊張病が合併している可能性があるかと判断した。緊張病症状の出現と治療開始の期間は短い方が、その予後は良いという報告がある。緊張病に対して、薬剤性EPSに起因するものと疑った際には、被疑薬をまず中止するが、原疾患が増悪した可能性にも留意する必要があると考えられた。

自殺企図にてグリホサート脳症を来した1例

○吉田 良太¹, 横山 沙安也¹, 杉崎 友美¹, 佐藤 由英¹, 岡安 寛明¹,
塩田 椋人², 鈴木 圭輔², 古郡 規雄¹, 下田 和孝¹

¹獨協医科大学 精神神経医学講座, ²獨協医科大学 内科学(脳神経内科) 講座

【目的】

自殺企図によって、グリホサートを含む農薬摂取後に脳症による短期記憶障害を来した症例を経験したため報告する。本発表に関して、本人より文書及び口頭にて同意を得て個人情報保護に留意した。

【症例】

70歳代男性、X年3月に近医で白内障の手術を施行した際にトラブルがあり、視力障害が残存した。以降抑うつ気分、不眠、食欲低下などが出現し、同年5月に農薬(グリホサートイソプロピルアミン)を内服し当院救命センターに救急搬送された。身体的には異常がなかったが、希死念慮が持続していたため、当科入院となった。うつ病と診断し、第1病日よりミルタザピンを開始した。この時は抑うつ状態のみであったが、第2病日に見当識障害が出現し、ミルタザピンによるせん妄を疑い、第7病日にミルタザピンを中止したが、以降も著明な見当識障害および短期記憶障害が持続した。また、逆行性健忘があり、白内障の手術や自殺企図をしたことを忘れており、抑うつ症状は消失していた。さらに、脳波上一部6~7Hzの徐波の混入、頭部MRIにて両側側頭葉内側・海馬の腫脹とT2強調像での高信号、拡散強調像にて右優位の島皮質の高信号、T2FLAIRにて海馬および島皮質の高信号を認めた。髄液検査にて感染性脳炎や自己免疫性脳炎は否定的であり、グリホサート脳症と診断した。その後徐々に短期記憶障害は改善した。一方で計算・書字命令・文章書字に困難があり、かつ、長期記憶が保たれている中で5年前の両親の死去のエピソードのみ欠落しており、両親の死去を告げられ号泣する様子が見られた。第27病日の脳波では徐波や棘波の混入もなく、第28病日の頭部MRIではT2強調、T2FLAIR、拡散強調像において改善が見られた。以降は病前の本人の性格である明朗で快活な様子で病棟生活を送れるようになったため、第33病日退院となった。

【考察】

グリホサートにて脳症を生じることは殆ど知られておらず、無症候性もしくは軽症例はMRI等の画像検査に繋がらず見逃されるか、せん妄やうつ病の症状の一部や、解離性障害として誤診されている可能性がある。このため、救急の場面でグリホサート中毒に遭遇した際は、グリホサート脳症の可能性を念頭において診察・検査を行なうことで、今後の治療や、グリホサート脳症のさらなる病態解明に繋がると考える。

演者索引

氏名	演題番号
----	------

あ

安藝 森央	O1-5
-------	------

い

伊賀 淳一	S5-2
-------	------

池田 暁史	LS4
-------	-----

井上 猛	LS2
------	-----

う

上田 敬太	S6-2
-------	------

宇佐美政英	EL4
-------	-----

内田 裕之	EL2, LS3
-------	----------

お

尾崎 紀夫	LS6
-------	-----

尾関 祐二	S3-1, S5-3
-------	------------

越智紳一郎	O1-4
-------	------

か

金沢 徹文	LS1
-------	-----

神庭 重信	SL
-------	----

き

菊地 俊暁	LS5
-------	-----

北村 俊則	S4-3, EL5
-------	-----------

<

栗原 雄大	O2-3
-------	------

桑原 優仁	O2-5
-------	------

氏名	演題番号
----	------

こ

小池 進介	S1-2
-------	------

古茶 大樹	EL6
-------	-----

小林 慧	O2-6
------	------

さ

齊尾 武郎	O2-2
-------	------

佐藤 由英	O4-6
-------	------

し

塩入 俊樹	S5-1
-------	------

柴田 真美	O2-4
-------	------

志水 太郎	EL1
-------	-----

す

鈴木 圭輔	EL3
-------	-----

鈴木 航太	S6-4
-------	------

鈴木 利人	S4-1
-------	------

鈴木雄太郎	S2-1
-------	------

諏訪 太郎	S3-4
-------	------

た

高石 裕介	O4-3
-------	------

竹内 崇	S4-5
------	------

竹内 啓善	S2-4
-------	------

竹形みずき	S4-4
-------	------

嶽北 佳輝	S2-2
-------	------

田邊 昇	LS7
------	-----

氏名 演題番号

と

徳満 敬大 O3-3

な

中根えりな O4-2

中村俊太郎 O3-5

ね

根本 清貴 S1-1

は

橋本 亮太 S1-5

羽田 彩子 S4-2

濱崎由紀子 O1-1

ひ

東 徹 O1-2

平田 りさ O1-3

ふ

深津 玲子 S6-1

福井 直樹 O4-5

藤井 有沙 O2-1

藤井久彌子 S5-4, O3-2

古郡 規雄 S1-4

氏名 演題番号

ほ

細貝 優人 O3-6

堀 輝 S2-5

ま

松崎 朝樹 S3-2

松澤 幸治 O4-1

松丸 啓子 S3-3

み

三浦 至 S2-3

三浦健一郎 S1-3

む

村井 俊哉 PL

村尾 昌美 O1-6

村松 太郎 S6-3

も

森本 雄高 O3-1

や

山口大二郎 O3-4

よ

吉田健太郎 O4-4

吉田 良太 O4-7

協賛一覧

共催セミナー・広告掲載・寄付企業

アステラス製薬株式会社

ヴィアトリス製薬株式会社

エーザイ株式会社

大塚製薬株式会社

住友ファーマ株式会社

武田薬品工業株式会社

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社 医薬開発本部

Meiji Seika ファルマ株式会社

ヤンセンファーマ株式会社

吉富薬品株式会社

ルンドベック・ジャパン株式会社

(敬称略・五十音順 2022年8月8日現在)

第41回日本精神科診断学会開催に際して、多くの企業様にご協賛をいただきました。

ここに深く感謝申し上げます。



セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤(SNRI) 薬価基準収載

イフェクサー[®]SR カプセル 37.5 mg・75 mg

EFFEXOR[®] SR CAPSULES

ベンラファキシン塩酸塩徐放性カプセル

劇薬 処方箋医薬品

注意—医師等の処方箋により使用すること

●効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等については、電子添文をご参照ください。

製造販売

ヴィアトリス製薬株式会社

〒105-0001 東京都港区虎ノ門5-11-2

文献請求先及び問い合わせ先：メディカルインフォメーション部

プロモーション提携

住友ファーマ株式会社

〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8

文献請求先及び問い合わせ先：くすり情報センター



抗精神病薬

レキサルティ®

REXULTI® tablets 〈ブレクスピプラゾール製剤〉

劇薬、処方箋医薬品^{注)}

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

錠 1mg OD錠 0.5mg
錠 2mg OD錠 1mg
OD錠 2mg

薬価基準収載

◇効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元
大塚製薬株式会社
Otsuka 東京都千代田区神田司町2-9

文献請求先及び問い合わせ先
大塚製薬株式会社 医薬情報センター
〒108-8242 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

〈'22.04作成〉

まだないくすりを 創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

明日は変えられる。



www.astellas.com/jp/

アステラス製薬株式会社

精神医学・神経医学界を支援するための
医学情報ウェブサイト

Progress in Mind Japan Resource Center

ルンドベックは精神・神経疾患に特化したグローバルな製薬企業として、
治療の向上に貢献すると同時に、精神・神経疾患に関する知識の普及と理解促進に取り組んでいます。

Progress in Mind Japan Resource Centerは、
ルンドベックが世界の精神医学・神経医学界を支援することを目的に、
それぞれの言語で提供している医学情報コンテンツです。

Contents

最新ニュース

国内外の医学誌・医学会における研究発表をもとに配信される
最新ニュースをご紹介します

インタビュー

精神・神経疾患領域の第一線で活躍されている先生方の
インタビュー記事・動画を掲載

学会ハイライト・文献レビュー

精神神経医学領域で注目の話題を取り上げ、
専門性を活かしたオリジナル記事を掲載

精神・神経領域における医学情報コンテンツ～Progress in Mind Japan Resource Center～は、
下記URLまたは2次元コードからご登録をお願いします。

japan.progress.im



ルンドベック・ジャパン株式会社

〒105-0001 東京都港区虎ノ門四丁目1番17号 神谷町プライムプレイス

LuJ-A4-2021PIM



持効性抗精神病剤 劇薬 処方箋医薬品*

ゼプリオン TRI[®] 水懸筋注 **175mg**
263mg
350mg
525mg シリンジ
XEPLION TRI[®] Aqueous Suspension for IM Injection

バリペリドンパルミチン酸エステル持効性懸濁注射液 *注意—医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等は製品添付文書をご参照ください。

製造販売元 (文献請求先・製品情報お問い合わせ先)

ヤンセンファーマ株式会社

〒101-0065 東京都千代田区西神田3-5-2

<https://www.janssen.com/japan/>

<https://www.janssenpro.jp> (医薬品情報)